



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

RECOMENDACIÓN No. 29 /2015

SOBRE EL CASO DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA Y VIOLACIONES AL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD EN AGRAVIO DE V1 Y AL DERECHO A LA VIDA EN AGRAVIO DE V2.

México, D. F., 31 de agosto 2015.

**DR. JOSÉ ANTONIO GONZÁLEZ ANAYA
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

Distinguido señor Director General:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero y 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º, 3º, primer párrafo, 6º, fracciones I, II y III, 15, fracción VII, 24, fracciones II y IV, 42, 44, 46 y 51, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 128, 129, 130, 131, 132, 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente número CNDH/5/2013/5442/Q, relacionado con el caso de V1 y su recién nacido V2.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales se divulguen, se omitirá su publicidad, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 4, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 147 de su Reglamento Interno. Los datos se pondrán en conocimiento de la autoridad recomendada, a través de un listado adjunto, en que se describe el significado de las claves utilizadas, con el compromiso de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes, y visto los siguientes:

I. HECHOS

3. El 30 de julio de 2013, se recibió en esta Comisión Nacional el escrito de queja de V1, de 34 años de edad, en el que señaló que cursaba 38 semanas de gestación, que al haber iniciado el trabajo de parto el 19 de junio de ese año, acudió al Hospital General de Zona 2-A “Francisco del Paso y Troncoso”, del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en el Distrito Federal.

4. Agregó que no obstante que ingresó al citado hospital aproximadamente a las 12:00 de ese día, V2 nació hasta las 03:40 horas del 20 de junio del mismo año, a pesar de que tuvo una dilatación adecuada.

5. V1 refirió que hizo del conocimiento del personal médico que la atendió que el proceso de parto era doloroso, por lo que sugirió que se realizara el procedimiento de cesárea, ya que su primer parto se llevó a cabo de esa forma, lo que se le negó.

6. El 20 de junio de 2013 V1 pasó a la sala de expulsión, donde un doctor le dijo que le ayudaría procediendo a presionarle el abdomen, lo que se repitió en cuatro ocasiones y al quinto intentó nació V2 quien fue trasladado inmediatamente al Servicio de Pediatría debido a que presentó paro cardiorrespiratorio, por lo que recibió reanimación neonatal durante 8 minutos.

7. El 20 de junio de 2013, a las 17:00 horas, V1 pudo ver a V2 percatándose que presentaba convulsiones constantes y le informaron que el pronóstico neuronal era negativo, por lo que se llevarían a cabo más estudios.

8. Siete días después se diagnosticó que V2 tenía muerte cerebral, y a las 05:50 horas del 14 de julio de 2013, falleció al presentar encefalopatía hipóxico isquémica y asfixia perinatal.

9. Con motivo de los citados hechos se inició el expediente CNDH/5/2013/5442/Q, y a fin de documentar las violaciones a derechos humanos se solicitó información a

la Coordinación de Atención a Quejas y Orientación al Derechohabiente del IMSS, cuya valoración lógico-jurídica es objeto de análisis en el capítulo de observaciones de esta recomendación.

II. EVIDENCIAS

10. Escrito de queja presentado por V1, ante este Organismo Nacional, el 30 de julio de 2013, al que anexó copia de la siguiente documentación:

10.1. Escrito signado por V1, de 30 de julio de 2013, mediante el cual detalla los hechos de su queja.

10.2. Certificado de Defunción de V2, con número de folio 130164489, en el que se señaló como causa de la muerte “encefalopatía hipóxico isquémica y asfixia perinatal”.

11. Acta Circunstanciada de 6 de agosto de 2013, en la que personal de este Organismo Nacional hizo constar gestión realizada con V1.

12. Acta Circunstanciada de 7 de agosto de 2013, en la que consta la gestión realizada por un visitador adjunto de este Organismo Nacional con personal del IMSS.

13. Oficio 79554 de 28 de octubre de 2013, por el cual este Organismo Nacional solicitó el informe respectivo al IMSS.

14. Oficio 09 52 17 61 4621/2312 de 7 de noviembre de 2013, suscrito por el titular de la División de Atención a Quejas en Materia de Derechos Humanos del IMSS, al que se adjuntó copia de la siguiente documentación:

14.1. Opinión técnico-médica de 30 de agosto de 2013, suscrita por la encargada de la Jefatura de Pediatría del Hospital General de Zona 2-A del IMSS.

14.2. Expediente clínico de V1, del que destacan las constancias siguientes:

14.2.1. Nota de Referencia-Contrarreferencia de 5 de abril de 2013, suscrita por SP1.

14.2.2. Nota de Consulta Externa de Ginecología de 11 de abril de 2013, con firma ilegible.

14.2.3. Nota Médica de 19 de junio de 2013, suscrita por SP2.

14.2.4. Hoja de ingreso al Servicio de Ginecología y Obstetricia, del Hospital General de Zona-A "Francisco del Paso y Troncoso" del IMSS, de 19 de junio de 2013.

14.2.5. Notas médicas y prescripción de 19 y 20 de junio de 2013.

14.2.6. Hoja de Vigilancia y Atención del Parto del 19 de junio de 2013.

14.2.7. Hoja de ingreso a trabajo de parto del 19 de junio de 2013.

14.2.8. Hoja de ingreso al Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de Zona-A "Francisco del Paso y Troncoso" del IMSS de 20 de junio de 2013.

14.2.9. Hoja de terminación de embarazo de 20 de junio de 2013.

14.3. Expediente clínico de V2, del cual destacan las siguientes constancias:

14.3.1. Hoja Frontal de ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital General de Zona 2-A, de 20 de junio de 2013.

14.3.2. Resumen clínico y pase a pediatría de 4 de julio de 2013.

14.3.3. Hoja de Servicio de Neurofisiología del Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional Siglo XXI, de 7 de agosto de 2013, en el cual constan los resultados del encefalograma realizado a V2.

14.4. Acuerdo de 2 de octubre de 2013, emitido por la Comisión Bipartita del Consejo Consultivo Delegación Sur del Distrito Federal del IMSS, en el que se determinó improcedente la queja presentada por el esposo de V1.

15. Oficio 09 52 17 61 4621/0082 de 10 de enero de 2014, suscrito por el titular de la División de Atención a Quejas en Materia de Derechos Humanos del IMSS, mediante el cual remitió copia del complemento del expediente clínico integrado por los servicios otorgados a V1 y V2.

16. Acta Circunstanciada de 3 de abril de 2014, elaborada por personal de esta Comisión Nacional en la que consta diligencia realizada con personal del IMSS.

17. Acta Circunstanciada de 19 de junio de 2014, elaborada por personal de esta Comisión Nacional en la que consta diligencia realizada con V1.

18. Dictamen médico de 4 de julio de 2014, emitido por perito de esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

19. Actas Circunstanciadas de 4 agosto y 10 de septiembre de 2014, en las que personal de este Organismo Nacional hizo constar las gestiones realizadas con V1.

20. Oficio 09 52 17 61 4BB0/0068 de 26 de enero de 2015, suscrito por el Coordinador Técnico de Atención a Quejas e Información Pública del IMSS, en el que se precisó que la División de Atención a Quejas Médicas de esa Coordinación analizó de nueva cuenta el caso de V1 y confirmó la determinación emitida por el Consejo Consultivo de la Delegación Sur del Distrito Federal, en la que se resolvió como improcedente; adjuntando copia del acuse de recibo del diverso 38 90 01 05 1100/17003 de 2 de octubre de 2013, recibido por el esposo de V1 el 4 de

noviembre del mismo año, a través del cual le notificó el acuerdo emitido en el expediente QM1.

21. Acta Circunstanciada de 19 de agosto de 2015, en la que personal de este Organismo Nacional hizo constar gestión realizada con V1, a fin de proporcionarle información sobre el estado del expediente de queja.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

22. El 19 de junio de 2013 V1 acudió al Hospital General de Zona 2-A “Francisco del Paso y Troncoso” del IMSS, en el Distrito Federal, donde fue valorada en el Servicio de Tococirugía y después enviada al piso de Ginecoobstetricia. A las 03:40 horas del 20 de junio de 2013 nació V2 en paro cardiorrespiratorio, por lo que fue trasladado al Servicio de Pediatría, desarrollando una encefalopatía hipóxico isquémica que derivó en su fallecimiento el 14 de julio de 2013.

23. El 24 de agosto de 2013, el esposo de V1 presentó queja y solicitud de indemnización ante la Coordinación de Atención y Orientación al Derechohabiente de la Delegación Sur del IMSS en el Distrito Federal, lo que dio origen al expediente administrativo QM1.

24. El 2 de octubre de 2014, la Comisión Bipartita del Consejo Consultivo Delegación Sur del Distrito Federal del IMSS, determinó que la queja era improcedente, resolución que fue confirmada por la División de Atención a Quejas Médicas de la Coordinación Técnica de Atención a Quejas e Información Pública del IMSS.

IV. OBSERVACIONES

25. Del análisis lógico jurídico realizado al conjunto de evidencias que integran el expediente CNDH/5/2013/5442/Q, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se cuenta en el caso

con elementos que permiten evidenciar violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud materna y a vivir una vida libre de violencia (obstétrica) en agravio de V1 y a la vida en agravio de V2, atribuibles a AR1 y AR2, personal médico adscrito al Hospital General de Zona 2-A “Francisco del Paso y Troncoso”, del IMSS, en el Distrito Federal, ello de acuerdo a las siguientes consideraciones.

Derecho a la Protección de la Salud

26. El artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece que toda persona tiene derecho a la protección de la salud.

27. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas emitió la Observación General 14, sobre *“El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”*, señaló que la salud es un derecho fundamental reconocido en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos y que tal derecho impone a los Estados Partes la obligación de respetar, que exige a los Estados abstenerse de injerir directa o indirectamente en el disfrute del derecho a la salud, se impida que terceros interfieran en la aplicación de las garantías previstas en el citado precepto legal y se adopten las medidas apropiadas de carácter legislativo, administrativo, presupuestario, judicial o de otra índole para dar plena efectividad al derecho a la salud.¹

28. La CrIDH en el *“Caso Vera Vera y otra vs Ecuador”*² estableció que *“los derechos a la vida y a la integridad personal se hallan directa e inmediatamente vinculados con la atención a la salud humana. En este sentido, el artículo 10 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, establece que toda*

¹ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación General N° 14, sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. Aprobada el 11 de mayo de 2000.

² *Caso Vera Vera y otra vs. Ecuador. Fondo, Reparaciones y Costas Sentencia de 19 de mayo de 2011, párr. 43*

persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico.”

29. La Suprema Corte de Justicia de la Nación,³ en jurisprudencia firme ha establecido que entre los elementos que comprende el derecho a la salud se encuentra: el disfrute de servicios de salud de calidad en todas sus formas y niveles, entendiendo calidad como exigencia de que sean apropiados médica y científicamente, por lo que para garantizarlo, es menester que sean proporcionados con calidad, lo cual tiene estrecha relación con el control que el Estado haga de los mismos.

30. Del análisis de las constancias del expediente se advierte que se pasó por alto lo antes señalado, ya que el 5 de abril de 2013 V1, de 34 años de edad, fue valorada por SP1, médico familiar adscrita al consultorio 5 de la Unidad de Medicina Familiar número 45, del IMSS en el Distrito Federal, quien la refirió al Servicio de Ginecoobstetricia del Hospital General de Zona 2-A “Francisco del Paso y Troncoso”, del IMSS para complementación diagnóstica.

31. El 11 de abril de 2013 V1 acudió a consulta externa de la Especialidad de Ginecoobstetricia del citado Hospital, asentándose en la Nota Médica como antecedente ginecológico que tuvo un primer embarazo dos años antes y que se realizó una cesárea por no progresión del trabajo de parto.

32. De la Nota médica y Prescripción de 19 de junio de 2013, se advierte que V1 fue enviada de consulta externa de la citada especialidad a la Unidad de Tococirugía, ya que presentaba actividad uterina irregular, donde fue valorada a las 14:30 por SP2, médico ginecoobstetra, quien la encontró en buenas condiciones generales, con abdomen globoso a expensas de útero gestante con producto único vivo, con frecuencia fetal de 150 latidos por minuto, actividad uterina 0-1

³ Jurisprudencia P.J. 1ª./J.50/2009 DERECHO A LA SALUD. SU PROTECCIÓN EN EL ARTÍCULO 271, SEGUNDO PÁRRAFO, DE LA LEY GENERAL DE SALUD. Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Tomo XXIX/Abril de 2009, página 164.

contracciones en 10 minutos, con 2 centímetros de dilatación y estableció como diagnóstico embarazo de 38.4 semanas de gestación, sin urgencia obstétrica.

33. En esa nota SP2 también registró como antecedentes de V1 cesárea de dos años por falta de progresión del trabajo de parto, y en la nota agregada de las 17:00 horas estableció como plan solicitar un ultrasonido obstétrico; pasó a V1 a piso del Servicio de Ginecoobstetricia, dado que no habían datos de urgencia obstétrica.

34. En la hoja de ingreso al Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de Zona-A, "Francisco del Paso y Troncoso" del IMSS, de 19 de junio de 2013, se señaló como diagnóstico que V1 presentaba embarazo de 39 semanas de gestación y trabajo de parto en fase latente.

35. A las 19:30 horas del 19 de junio de 2013, en la nota médica suscrita por una doctora de esa área, cuyo nombre es ilegible, registró que V1 presentaba 2 centímetros de dilatación, frecuencia cardíaca fetal de 121 latidos por minuto, en trabajo de parto en fase latente y solicitó un ultrasonido obstétrico para valorar el ILA (índice de líquido amniótico).

36. En la misma fecha, en la nota elaborada a las 21:35 horas por un médico del cual no es posible conocer su nombre toda vez que es ilegible, se asentó que V1 pasaría a la Unidad de Tococirugía (UTQ), toda vez que presentaba actividad uterina regular, frecuencia cardíaca fetal de 150 por minuto, producto encajado, cérvix borrado al 80% y 5 centímetros de dilatación.

37. A las 22:20 horas en la nota de reingreso a la UTQ elaborada por AR1, asentó que V1 presentaba cérvix con borramiento de 80% y 7 centímetros de dilatación, por lo que realizó el rompimiento de membranas amnióticas para acelerar el trabajo de parto, ordenó bloqueo peridural e inició conducción de parto por medio de oxitocina con el propósito de regular la intensidad y duración de las contracciones uterinas para completar el trabajo de parto.

38. AR1 inició el registro en el partograma respectivo a las 22:15 horas, reportando una frecuencia cardíaca fetal de 152 latidos por minuto y tres contracciones uterinas en 10 minutos.

39. En la nota de evolución de las 23:30 horas, AR2, señaló que V1 presentaba 6 centímetros de dilatación y que la frecuencia cardíaca fetal era de 145 por minuto.

40. El 20 de junio de 2013, AR2 valoró en dos ocasiones a V1, la primera a las 01:00 horas y la segunda a las 02:30 horas, registrando en la nota de evolución que se continuaba con vigilancia.

41. De los datos registrados en el partograma referido se advierte que a partir de las 01:00 horas del 20 de junio de 2013, se registró que V1 contaba con 10 centímetros de dilatación y una frecuencia cardíaca fetal de 144 latidos por minuto. Posteriormente, cada media hora y hasta las 03:00 horas, se asentó la frecuencia fetal, la cual fue de 142, 153, 152 y 170 latidos por minuto, por lo que V1 ingresó al área de labor para atención del parto.

42. A las 03:40 horas del 20 de junio de 2013, AR1 atendió el parto de V1, e indicó que V2 de sexo masculino nació vivo, pesando 2,900 gramos, sin reportar complicación alguna.

43. Al respecto, V1 refirió que hizo del conocimiento del personal médico que la atendió que el proceso de parto era doloroso, por lo que sugirió que se realizara el procedimiento de cesárea, ya que su primer parto se llevó a cabo de esa forma, a lo que a decir de V1 el médico tratante se negó; que el 20 de junio de 2013 pasó a la sala de expulsión, donde un doctor le dijo que le ayudaría, procediendo a presionarle el abdomen, lo que se repitió en cuatro ocasiones y al quinto intento nació V2.

44. También señaló que V2 fue trasladado inmediatamente al Servicio de Pediatría, debido a que presentó paro cardiorrespiratorio, por lo que recibió reanimación

neonatal durante 8 minutos; que a las 17:00 horas lo pudo ver, percatándose que presentaba convulsiones constantes y le informaron que el pronóstico neuronal era negativo, por lo que se realizarían más estudios.

45. V1 indicó que siete días después se diagnosticó que V2 tenía muerte cerebral y a las 05:50 horas del 14 de julio de 2013 falleció al presentar encefalopatía hipóxico isquémica y asfixia perinatal.

46. Del dictamen médico emitido por un perito de esta Comisión Nacional, se establece que cuando AR1 revisó a V1 y comenzó el registro en el partograma (representación visual gráfica de los valores y eventos relacionados al curso del trabajo de parto, que incluyen los centímetros de la dilatación cervical, la frecuencia cardíaca fetal y los signos vitales de la madre, borramiento cervical y descenso del producto) no realizó el registro del borramiento ni la altura de la presentación del polo cefálico en relación con el descenso del producto a nivel de la presentación fetal en su paso por el canal de parto.

47. También indicó que AR2 no registró en el partograma los datos relativos al borramiento cervical, así como el descenso de V2 por el canal del parto en base a los planos de Hodge (término obstétrico empleado para dividir la pelvis desde el estrecho superior hasta el estrecho inferior, incluyendo la excavación pélvica), por lo que el perito médico de este Organismo Nacional estableció que después de iniciado el registro en el partograma, AR1 y AR2 no realizaron una adecuada monitorización fetal y una estrecha vigilancia del trabajo de parto de V1, dado que desde las 21:25 horas del 19 de junio de 2013 se reportó que el producto estaba encajado, es decir, presentaba un descenso a nivel del tercer plano de Hodge y posteriormente no hubo registro respecto de la evolución del descenso, como se establece en los numerales 5.4.2 y 5.4.2.1 de la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, relativa a la *“Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio”*, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 6 de enero de 1995, que

señalan que *“el control del trabajo de parto normal debe incluir la verificación y registro de la contractilidad uterina y el latido cardíaco fetal, antes, durante y después de la contracción uterina al menos cada 30 minutos.”*

48. De igual manera precisó que AR2 no detectó oportunamente que se presentaba un periodo expulsivo prolongado, tomando en consideración lo establecido en la Guía de Práctica Clínica respecto a la Vigilancia y Manejo del Trabajo de Parto del IMSS, en la que se establece que el periodo expulsivo comienza con dilatación completa y concluye con la expulsión del producto, y ésta debe durar como máximo dos horas; en ese sentido, se advierte que a la 01:00 del 20 de junio de 2013, V1 presentó 10 centímetros de dilatación, es decir ya estaba completa, por lo que en ese momento se debió pasar a sala de expulsión para atención del parto o la interrupción del mismo por medio de una cesárea, y no hasta las 03:40 horas como ocurrió en el presente caso, lo que ocasionó que V2 naciera en paro cardiorrespiratorio, que fue revertido 8 minutos después con maniobras de reanimación avanzada por el Servicio de Pediatría y enviado a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, con calificación de Apgar 0-0-4.

49. Con relación al registro del descenso del producto por medio de los planos de Hogde, el perito médico de esta Comisión Nacional refiere que tiene como finalidad ubicar la posición de la presentación fetal por el canal de parto, para que en caso de que hubiesen problemas en el descenso, se tomen otras medidas terapéuticas como la interrupción del embarazo por medio de una cesárea, lo que en este caso no se realizó, por lo que AR2 no se percató que V2 no descendía y estaba cursando con un sufrimiento fetal.

50. No pasa inadvertido que en este caso AR1 y AR2 no tomaron en consideración los antecedentes obstétricos de V1, relativos a que en su primer embarazo se realizó una cesárea, por no progresión del trabajo de parto, circunstancia que se registró en las notas médicas y prescripción elaboradas a las 14:30 y 19:30 del 19 de junio de 2013, que obran en el expediente clínico de V1.

51. Las acciones y omisiones referidas, resultan contrarias a lo dispuesto en los puntos 5.4.2, 5.4.2.1 y 5.4.2.2 de la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, *“Atención de la Mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio”*, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 6 de enero de 1995, que prevén *“que el control de parto normal, debe incluir la verificación y registro de la contractibilidad uterina y el latido cardíaco fetal, antes, durante y después de la contracción uterina al menos cada 30 minutos”*, y que *“la verificación y registro del progreso de la dilatación cervical (debe realizarse) a través de exploraciones vaginales racionales; de acuerdo a la evolución del trabajo de parto y el criterio médico.”*

52. Esta norma ha sido referida en las recomendaciones 37/2011, 6/2012, 1/2013, 6/2013, 46/2013, 5/2015, 10/2015, 19/2015, 24/2015 y 25/2015 emitidas por esta Comisión Nacional, en la que se hace hincapié en la importancia que tiene, precisamente, llevar a cabo y mantener una adecuada vigilancia obstétrica, al indicar que el personal médico debe detectar y prevenir los factores de riesgo en el binomio materno-fetal; acciones que en el caso de V1 y V2 no se llevaron a cabo.

53. Es importante reiterar que los numerales 5.1.1, 5.1.3, 5.1.4 y 5.1.5, y la introducción de la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, establecen con claridad que *“la atención de una mujer con emergencia obstétrica debe ser prioritaria”*; también que: *“La mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y del niño pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito, mediante la aplicación de procedimientos normados para la atención, entre los que destacan el uso del enfoque de riesgo y la realización de actividades eminentemente preventivas y la eliminación o racionalización de algunas prácticas que llevadas a cabo en forma rutinaria aumentan los riesgos”*, para lo cual disponen, entre otros, brindar una atención oportuna, *“con calidad y calidez”*.

54. En tal virtud, AR1 y AR2, adscritos al Hospital General de Zona 2-A “Francisco del Paso y Troncoso”, del IMSS, vulneraron el derecho a la protección de la salud

de V1, contenido en los artículos 1°, párrafos primero, segundo y tercero y 4, párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1°, 2, fracciones I, II y V; 3, fracción IV, 23, 27, fracciones III, IV y X; 32, 33, fracciones I y II; 51, primer párrafo; 61, fracciones I y II; 61 Bis, y 63 de la Ley General de Salud; 8, fracciones I y II; 9 y 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica; así como el contenido de la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, *“Atención de la Mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio”*.

Derecho a vivir una vida libre de violencia en la modalidad de violencia obstétrica

55. De acuerdo con lo establecido en el artículo 5, fracción IV de la Ley General de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, se entiende por violencia contra las mujeres, *“cualquier acción u omisión, basada en su género, que les cause daño o sufrimiento psicológico, físico, patrimonial, económico, sexual o la muerte tanto en el ámbito privado como público.”*

56. En la fracción V del citado precepto legal, establece que las modalidades de violencia son *“las formas, manifestaciones o los ámbitos de ocurrencia en que se presenta la violencia contra las mujeres.”*

57. En el artículo 18 de la referida Ley se prevé que una de las modalidades de la violencia contra las mujeres es la violencia institucional, que consiste en *“los actos u omisiones de las y los servidores públicos de cualquier orden de gobierno que discriminen o tengan como fin dilatar, obstaculizar o impedir el goce y ejercicio de los derechos humanos de las mujeres, así como su acceso al disfrute de políticas públicas destinadas a prevenir, atender, investigar, sancionar y erradicar los diferentes tipos de violencia.”*

58. En el caso de V1, se acredita la violencia obstétrica como una modalidad de la violencia institucional y de género, que es una concepción jurídica reciente. En este contexto, de conformidad con lo dispuesto en la Ley de Acceso a una Vida Libre de Violencia para las Mujeres en el Estado de Chiapas, la Ley de Acceso a una Vida Libre de Violencia para las Mujeres en el Estado de Guanajuato y la Ley de Acceso a una Vida Libre de Violencia para las Mujeres en el Estado de Veracruz, se entiende por violencia obstétrica *“la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad; se consideran como tal, omitir la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas”*, entre otras.

59. Al respecto, la Organización Mundial de la Salud en la Declaración “Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud” establece que *“...El maltrato, la negligencia o la falta de respeto en el parto pueden constituirse en una violación de los derechos humanos fundamentales de las mujeres descritos en las normas y los principios internacionales de derechos humanos”*.⁴

60. Como se precisó en las recomendaciones 19/2015 y 20/2015 emitidas por esta Comisión Nacional, la violencia obstétrica, al igual que otros tipos de violencia hacia las mujeres, ha sido naturalizada e invisibilizada, por lo que muchas de las mujeres que la viven creen que es normal o natural, debido a que al desconocer sus derechos humanos reproducen actitudes de sumisión en algunos casos frente al personal de salud. Algunos médicos reproducen su rol, actitudes y prácticas sin detenerse a reflexionar si son las más adecuadas en el marco de protección de los derechos humanos de las mujeres y de sus hijos por nacer.

⁴ Organización Mundial de la Salud, fecha de publicación septiembre de 2014, número de referencia OMS: WHO/RHR/14.23. http://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statement-childbirth/es/

61. Esta Comisión Nacional con la finalidad de hacer visible la problemática que enfrentan las mujeres embarazadas al ejercer el derecho a la protección de la salud y buscar mecanismos de solución, en el Seminario Internacional “*Los Derechos Humanos de las Mujeres y la Igualdad en el Acceso al Derecho a la Salud Materna*” en septiembre de 2014, con el que se inició la “Cruzada Nacional Contra la Violencia Obstétrica”, en el Estado de Campeche, convocó a salvaguardar los derechos humanos de la mujer, porque sólo así habrán mejores políticas públicas y servicios “*con calidad, calidez, accesibilidad y disponibilidad*” en el rubro de la salud.

62. Sobre el particular, los artículos 6.1, del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; 4.1, de la Convención Americana Sobre Derechos Humanos (Pacto de San José); I, y XI, de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; 3 y 25.1, de la Declaración Universal de los Derechos Humanos; 12.1 y 12.2, inciso a), del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; 10.1 y 10.2, incisos a) y f), del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador); 12.1 y 12.2, de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer; y 1, 4, 7, inciso b) y 8, inciso a), de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer “Convención de Belém Do Pará”, confirman el contenido de los preceptos constitucionales citados, al disponer la necesidad de asegurar la plena efectividad y alcance del más alto nivel de salud para todos los individuos, especialmente de las mujeres, como también el margen mínimo de calidad en los servicios médicos que el Estado debe proporcionar a su población, en cuanto al disfrute de un servicio médico, y de adoptar las medidas necesarias para su plena efectividad.

63. Al no realizar una adecuada monitorización fetal y una estrecha vigilancia del trabajo de parto de V1, AR1 y AR2 en su calidad de servidores públicos del IMSS, omitieron brindarle la atención oportuna y eficaz que requería, lo que constituye

violencia institucional y de género, que a su vez vulneró el derecho a la protección de su salud.

Derecho a la vida

64. El derecho a la vida implica que todo ser humano disfruta de un ciclo existencial que no puede ser interrumpido por algún agente externo. Las disposiciones que establecen su protección son los artículos 6.1. del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 4.1. de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, 6.1. de la Convención sobre los Derechos del Niño y el artículo 29 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en cuanto que en su segundo párrafo dispone que no podrá restringirse ni suspenderse el derecho a la vida.

65. De la lectura a los citados artículos se advierte un contenido normativo de doble naturaleza, a saber: el deber negativo del Estado de respetar la vida humana, mediante la prohibición de su privación arbitraria, así como el deber positivo de adoptar todas las medidas apropiadas para proteger y preservar el derecho a la vida de quienes se encuentren bajo su jurisdicción, o bien, que no se les impida el acceso a las condiciones que los garanticen.

66. En el caso "*Niños de la Calle vs. Guatemala*" la CrIDH señaló que la protección activa del derecho a la vida por parte del Estado involucra a todas sus instituciones.⁵

67. En el caso existen evidencias que permiten establecer que AR1, después de las 21:35 horas del día 19 de junio de 2013, y AR2 después de las 01:00 del 20 del mismo mes y año, ya no llevaron a cabo el registro relativo a la evolución del descenso de V2 por el canal de parto, transcurriendo un lapso de tiempo de 6 horas

⁵ "*Caso 'Niños de la Calle' (Villagrán Morales y otros) Vs. Guatemala*", Sentencia de Fondo, de 19 de noviembre de 1999, párr. 144.

aproximadamente hasta que AR2 pasó a V1 a la sala de expulsión, en donde como lo refirió en la queja, AR1 presionó su abdomen en cuatro ocasiones y en la quinta nació V2 a las 03:40 horas del 20 de junio de ese año.

68. El perito médico de este Organismo Nacional que conoció del caso, señaló como consecuencia de lo anterior, que V2 presentó sufrimiento fetal agudo durante el trabajo de parto y nació en paro cardiorrespiratorio, lo cual fue revertido adecuadamente a los 8 minutos por el Servicio de Pediatría; sin embargo, como resultado del paro cardiorrespiratorio, V2 desarrolló una encefalopatía hipóxico isquémica, lo que le ocasionó posteriormente una muerte cerebral confirmado por los encefalogramas de 2 y 9 de julio de 2013, y a pesar del tratamiento recibido, falleció el 15 de julio de ese mismo año.

69. También estableció que lo anterior pudo haberse evitado si AR2 hubiera realizado un registro correcto del descenso del producto, toda vez que, como ya se precisó en el apartado anterior, este tiene como finalidad ubicar la posición fetal en su paso por el canal de parto, y de existir complicaciones se tendrían que tomar las medidas terapéuticas, como la interrupción de embarazo por medio de una cesárea.

70. En este contexto, el referido perito médico determinó que existió deficiencia en la atención médica que AR2 le brindó a V1, pues no llevó una adecuada monitorización fetal y una correcta vigilancia del trabajo de parto, por lo que no detectó oportunamente la dificultad en el descenso del producto, que se produjo en un periodo expulsivo prolongado, que tuvo como consecuencia que V2 presentara sufrimiento fetal agudo durante el periodo expulsivo y que naciera en paro cardiorrespiratorio, circunstancias que si repercutieron en el fallecimiento de V2.

71. Por lo expuesto, AR2, adscrito al Hospital General de Zona 2-A “Francisco del Paso y Troncoso”, del IMSS, en México, Distrito Federal, con su omisión influyó en la pérdida de la vida de V2.

72. Por otra parte, cabe señalar que no se aportó constancia alguna que evidencie que al ingresar V1 a sala de expulsión se hubiera elaborado la nota médica respectiva, por lo que se contravino lo dispuesto la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 “*Del Expediente Clínico*”, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 15 de diciembre de 2012.

73. De las evidencias que se allegó esta Comisión Nacional, se advierte que las notas médicas de la atención brindada a V1, en el Hospital General de Zona 2-A del IMSS, no fueron elaboradas conforme a los lineamientos establecidos en los puntos 5.10, 5.11, 6.1.2, 8.1.1, de la citada Norma Oficial, dado que en ninguna de ellas se asentó el nombre completo, cargo, rango, matrícula y especialidad del médico tratante, además que algunas son ilegibles y sin hora.

74. La irregularidades descritas en el párrafo anterior constituyen constante preocupación para esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, ya que representan un obstáculo para conocer el historial clínico detallado de los pacientes, a fin de deslindar las responsabilidades que correspondan, vulnerándose también el derecho que tienen las víctimas y sus familiares a que se conozca la verdad respecto de la atención médica que se les proporcionó en una institución pública de salud.

75. Esta situación ha sido objeto de múltiples pronunciamientos en materia de salud, emitidos por este organismo nacional, contenidos en las Recomendaciones 1/2011, 9/2011, 21/2011, 24/2011, 27/2011, 37/2011, 39/2011, 58/2011, 89/2011, 19/2012, 24/2012, 1/2013, 6/2013, 13/2013, 23/2013, 24/2013, 46/2013, 86/2013, 2/2014, 6/2014, 13/2014, 14/2014, 20/2014, 30/2014, 33/2014, 37/2014, 5/2015, 10/2015, 11/2015, 19/2015, 20/2015, 24/2015 y 25/2015.

76. La apropiada integración del expediente clínico de V1 es un deber a cargo de los prestadores de servicios médicos, para su conformación y conservación, ya que contiene los antecedentes médicos de los pacientes, así como el historial inherente a su tratamiento; las instituciones de salud son solidariamente responsables de su

cumplimiento, de manera que como parte de la prevención, a la que la autoridad responsable está obligada, debe tomar medidas para que la norma oficial mexicana respectiva se cumpla en sus términos.

77. Resulta aplicable en la especie la sentencia del “Caso Albán Cornejo y otros, vs. Ecuador”, de 22 de noviembre de 2007, emitida por la Corte Interamericana de Derechos Humanos, en cuyo párrafo 68, refiere *“la relevancia del expediente médico adecuadamente integrado, como un instrumento guía para el tratamiento médico y fuente razonable de conocimiento acerca de la situación del enfermo, las medidas adoptadas para controlarla y, en su caso, las consecuentes responsabilidades”*.

Responsabilidad

78. Tal y como ha quedado acreditado en la presente Recomendación, la actuación de AR1 y AR2, adscritos al Hospital General de Zona 2-A “Francisco del Paso y Troncoso”, del IMSS, no realizaron en el partograma el registro del borramiento ni la altura de la presentación del polo cefálico en relación al descenso del producto a nivel de la presentación fetal en su paso por el canal de parto, incumpliendo con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993 relativa a la *“Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.”*

79. Asimismo, ha quedado de manifiesto que AR2 no llevó a cabo una correcta vigilancia del trabajo de parto de V1, con lo cual pudo haber detectado el descenso del producto y que éste presentaba sufrimiento fetal agudo debido a un periodo expulsivo prolongado, de manera que la atención médica prestada a V1 y V2 tuviera la calidad que debe imperar en la prestación del servicio público.

80. Igualmente, AR1 y AR2 incurrieron en incumplimiento de las obligaciones contenidas en el artículo 8, fracciones I y XXIV, de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, que prevén la

obligación que tienen de cumplir con el servicio encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause su suspensión o deficiencia, o implique el incumplimiento de cualquier disposición legal, reglamentaria o administrativa relacionada con el servicio público.

81. Con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, párrafo tercero y 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6º, fracción III; 71, párrafo segundo, 72, párrafo segundo, y 73, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se cuenta en el presente caso con elementos de convicción suficientes para que este Organismo Nacional, en ejercicio de sus atribuciones, presente queja ante el Órgano Interno de Control en el IMSS, a fin de que se inicie e integre el procedimiento administrativo de investigación correspondiente, además de formular la denuncia de hechos respectiva ante el agente del Ministerio Público de la Federación contra AR2, cuya intervención y responsabilidad se describe en esta Recomendación.

Reparación Integral del daño

82. El deber de reparar las violaciones a los derechos humanos de V1 cometidas por servidores públicos del IMSS deriva de diversos ordenamientos y criterios doctrinales y jurisprudenciales, tanto nacionales como internacionales. El artículo 1º Constitucional establece en su párrafo tercero: *“Todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos que establezca la ley.”*

83. Por su parte la Ley General de Víctimas establece en su artículo 7, fracción II, en relación con el artículo 112 del mismo ordenamiento, que las víctimas tienen derecho a la reparación.

84. En el ámbito internacional, el principio 15 de los Principios y Directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones a través del derecho internacional a interponer recursos y obtener reparaciones,⁶ señala que *“una reparación adecuada, efectiva y rápida tiene por finalidad promover la justicia, remediando las violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos o las violaciones graves del derecho internacional humanitario. La reparación ha de ser proporcional a la gravedad de las violaciones o al daño sufrido.”*

85. Por otra parte, la violación a derechos humanos constituye una *“hipótesis normativa acreditable y declarable; la reparación es la consecuencia jurídica de aquélla. La naturaleza y características de la primera determinan las de la segunda, que también se puede y se suele expresar en términos diferentes: así, la reparación reflejará la naturaleza del bien lesionado o asumirá otro carácter, siempre compensatorio.”*

86. En este sentido, como lo ha señalado el Tribunal Interamericano, *“la reparación es un término genérico que comprende las diferentes formas como un Estado puede hacer frente a la responsabilidad internacional en que ha incurrido.”* Por ello la reparación comprende diversos *“modos específicos”* de reparar que *“varían según la lesión producida”*.⁸ Asimismo, ha señalado que *“las reparaciones que se establezcan deben guardar relación con las violaciones declaradas.”*⁹

87. Esta Comisión Nacional considera procedente la reparación de los daños ocasionados a V1 en los términos siguientes:

⁶ Resolución de la Asamblea General (AG) de las Naciones Unidas. Aprobada y proclamada en la 64 sesión plenaria de la AG, 16 de diciembre de 2005. Identificación Oficial: Resolución A/RES/60/147.

⁷ García Ramírez, Sergio. *La Corte Interamericana de Derechos Humanos*, México, Porrúa, 2007, p. 303.

⁸ Caso *Garrido y Baigorri vs. Argentina*. Fondo, Reparación y Costas. Sentencia de 27 de agosto de 1998, párr. 41

⁹ Caso *Carpio Nicolle y otros vs. Guatemala*. Fondo, Reparación y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2014, párr. 89

i. Satisfacción

88. Al haber quedado acreditadas las violaciones a los derechos humanos en esta Recomendación cometidas en agravio de V1 por parte de AR1 y AR2, lo cual repercutió en su derecho a la protección de la salud, es necesario que el IMSS realice las gestiones para garantizar que reciba la atención psicológica que requiera, de acuerdo a las secuelas que presente.

89. Igualmente, se requiere que dentro de las medidas de satisfacción y como parte de la reparación del daño ocasionado a V1, como ya se señaló, la autoridad recomendada inicie las investigaciones administrativas que correspondan por las violaciones a los derechos humanos en que incurrieron AR1 y AR2.

ii. Garantías de no repetición

90. Consisten en implementar las medidas que sean necesarias para conseguir que los hechos violatorios de derechos humanos no se repitan.¹⁰ De conformidad con ello se considera necesario que las autoridades del IMSS, implementen medidas específicas para que los servidores públicos de esa institución no repitan situaciones como las mencionadas en este documento, debiendo impartir un curso de capacitación y formación en materia de derechos humanos con perspectiva de género, así como del conocimiento, manejo y observancia de las Normas Oficiales Mexicanas NOM-007-SSA2-1993, *“Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.”* y NOM-004-SSA3-2012 *“Del Expediente Clínico”*, con el objeto de evitar violaciones como las que dieron origen a este pronunciamiento, para lo cual deberán enviar las constancias que acrediten las medidas implementadas para tal efecto.

¹⁰ Caso *Bácama Velásquez vs. Guatemala*. Fondo, Reparación y Costas, Sentencia de 25 de noviembre de 2000, párr. 40.

iii. Compensación

91. Consiste en reparar el daño causado, sea material o inmaterial, y permite compensar con un bien la pérdida o el menoscabo de un bien de la misma naturaleza e incluso de una diferente. Por ello, se considera necesario que las autoridades del IMSS a la brevedad otorguen a VI una indemnización, cuyo monto deberá establecerse en coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, como consecuencia de la responsabilidad en que incurrió el personal de ese Instituto, en los términos descritos en esta Recomendación.

92. Para tal efecto, en términos de los artículos 1, 2, fracción I, 7, fracciones II, VI, VII y VIII, 8, 26, 27, 62, 64, fracciones I, II y VII, 67, 68, 73, fracción V, 88, fracción II, 96, 97, fracción I, 106, 110, fracción V, inciso c), 111, 112, 126, fracción VIII, 130, 131 y 152 de la Ley General de Víctimas; y artículos 38 a 41 y demás aplicables del Acuerdo del Pleno por el que se emiten los Lineamientos para el funcionamiento del Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 15 de enero de 2015, al acreditarse violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud y el derecho a una vida libre de violencia (obstétrica) en agravio de V1, así como a la vida de V2, se deberá inscribir a la primera en el Registro Nacional de Víctimas, cuyo funcionamiento corre a cargo de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, a fin de que tenga acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, previsto en la aludida Ley.

En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos formula, respetuosamente a usted, señor Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social, las siguientes:

V. RECOMENDACIONES

PRIMERA. Se instruya a quien corresponda, a fin de que se tomen las medidas necesarias para que, en vía de reparación del daño, se realice el pago por concepto de indemnización en favor de V1, le brinde a la atención psicológica

necesaria para dar seguimiento a su estabilidad emocional, derivado de la pérdida de la vida de V2, con motivo de la responsabilidad institucional en que personal del Instituto Mexicano del Seguro Social, incurrió, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. En protección de la garantía de no repetición, se giren las instrucciones respectivas para emitir una circular dirigida al personal médico del Hospital General de Zona 2-A, “Francisco del Paso y Troncoso”, en la que se ordene entregar copia de la certificación y recertificación que tramite ante los Consejos de Especialidades Médicas, con la finalidad de que acredite tener la actualización, experiencia y conocimientos suficientes para mantener las habilidades necesarias que permita brindar un servicio médico adecuado y profesional, hecho lo cual se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

TERCERA. Se diseñen e impartan en el Hospital General de Zona 2-A, “Francisco del Paso y Troncoso”, cursos integrales de capacitación y formación en materia de derechos humanos con perspectiva de género, así como del conocimiento, manejo y observancia de las normas oficiales que se inobservaron en el presente caso, con el objetivo de evitar daños como los que dieron origen a este pronunciamiento, y se remitan a esta Comisión Nacional los indicadores de gestión y evaluación que se apliquen al personal capacitado, así como las demás constancias con que se acredite su cumplimiento.

CUARTA. Se giren instrucciones a quien corresponda, a efecto de que se dicten las medidas pertinentes para que los servidores públicos del Hospital General de Zona 2-A “Francisco del Paso y Troncoso”, adopten medidas efectivas de prevención, que permitan garantizar que los expedientes clínicos que se generen con motivo de la atención médica que brindan se encuentren debidamente integrados, conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional, así como en las normas oficiales mexicanas correspondientes, y una vez hecho lo anterior, se supervise periódicamente el cumplimiento de esas instrucciones a fin

de garantizar su no repetición, emitiendo reportes mensuales durante un periodo de seis meses, enviando a este Organismo Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

QUINTA. Colaborar debidamente en las investigaciones derivadas de la denuncia que con motivo de los hechos presente la Comisión Nacional de los Derechos Humanos ante la Procuraduría General de la República, por ser AR2 servidor público federal y se remitan a este Organismo Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEXTA: Instruya a quien corresponda para que se aporten todos los elementos necesarios en el procedimiento administrativo de investigación que se inicie con motivo de la denuncia que esta Comisión Nacional presente ante el Órgano Interno de Control en el Instituto Mexicano del Seguro Social, contra AR1 y AR2, involucrados en los hechos materia de esta Recomendación, al que debe agregarse copia de la misma y se informe a esta Comisión Nacional la determinación que en su momento se emita.

SÉPTIMA: Se colabore ampliamente con este Organismo Constitucional Autónomo en el seguimiento e inscripción de V1 en el Registro Nacional de Víctimas, a efecto de que tenga acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, previsto en la Ley General de Víctimas, y se remitan las constancias que acrediten su cumplimiento.

93. La presente Recomendación, de acuerdo con lo señalado en el artículo 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, tiene el carácter de pública y se emite con el propósito fundamental tanto de formular una declaración respecto de las conductas irregulares cometidas por servidores públicos en el ejercicio de las facultades que expresamente les confiere la ley, como de obtener, en términos de lo que establece el artículo 1º, párrafo tercero constitucional, la investigación que proceda por parte de las dependencias administrativas o cualquiera otras autoridades competentes para que, dentro de sus

atribuciones, se apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.

94. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 46, segundo párrafo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, solicito a usted que la respuesta sobre la aceptación de esta Recomendación, en su caso, se informe en el término de quince días hábiles siguientes a su notificación.

95. Con apoyo en el mismo fundamento jurídico, solicito a usted que, en su caso, las pruebas correspondientes al cumplimiento de la Recomendación se envíen a esta Comisión Nacional dentro de un término de quince días hábiles, siguientes a la fecha en que haya concluido el plazo para informar sobre su aceptación.

96. Cuando las Recomendaciones no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o servidores públicos, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos quedará en libertad de hacer pública, precisamente, esa circunstancia y, con fundamento en los artículos 102, apartado B, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 15, fracción X, y 46 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, podrá solicitar al Senado de la República o en sus recesos a la Comisión Permanente de esa Soberanía, su comparecencia, a efecto de que expliquen el motivo de su negativa.

EL PRESIDENTE

LIC. LUIS RAÚL GONZÁLEZ PÉREZ