



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

RECOMENDACIÓN NO. 65/2018

SOBRE EL CASO DE VIOLACIÓN AL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD Y A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA POR INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA EN AGRAVIO DE V1 Y LA PÉRDIDA DEL PRODUCTO DE LA GESTACIÓN EN EL HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA 3, DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL “LA RAZA” DEL IMSS, EN LA CIUDAD DE MÉXICO.

Ciudad de México, a 30 de noviembre de 2018.

**MTRO. TUFFIC MIGUEL ORTEGA
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO
MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.**

Distinguido Director General:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero, 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, 41, 42, 44, 46 y 51 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, así como 128 a 133 y

136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente **CNDH/4/2018/3432/Q**, relacionado con el caso de V1.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales sean divulgados, se omitirá su publicidad, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 4º, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; 147 de su Reglamento Interno; 68, fracción VI y 116, párrafo uno y dos de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, y 3, 11 fracción VI, 16 y 113 fracción I, párrafo último de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública. La mencionada información se pondrá en conocimiento de la autoridad recomendada a través de un listado adjunto en que se describe el significado de las claves utilizadas, con el deber de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes.

Claves	Denominación
V	Víctima
AR	Autoridad responsable
SP	Servidor público
ONG	Organización No Gubernamental

3. En la presente Recomendación, la referencia a diversas instituciones, ordenamientos y normas oficiales mexicanas se hará con acrónimos o abreviaturas a efecto de facilitar la lectura y evitar su constante repetición, las que podrán identificarse como sigue:

Institución	Acrónimo
Instituto Mexicano del Seguro Social	IMSS
Hospital General de Zona con Medicina Familiar 76	HGZ MF 76
Hospital de Gineco-Obstetricia 3 "Dr. Víctor Manuel Espinosa de los Reyes Sánchez "del Centro Médico Nacional "La Raza"	"La Raza"

Instituto Nacional de Perinatología “Dr. Isidro Espinoza de los Reyes”	INPER
Procuraduría General de la República	PGR
Órgano Interno de Control en el Instituto Mexicano del Seguro Social	OIC

Ordenamiento y Normas Oficiales Mexicanas	Acrónimo
Norma Oficial Mexicana, NOM-007-SSA2-2016 “Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida.”.	NOM-007-SSA2-2016.
Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, “Del Expediente Clínico”	NOM-004-SSA.-2012

I. HECHOS.

4. El 9 de mayo de 2018 se publicó en el portal de “*Internet*” del periódico “El Universal”, la nota periodística con el título: “*Denuncian muerte de bebé en La Raza porque se negaron a hacer una cesárea*¹”, en la que se informó sobre el caso de V1 quien estuvo internada 5 días en ese hospital debido a su embarazo, perdiendo al producto de la gestación el 3 de mayo del año en cita.

5. En la nota mencionada se detalló que V2 fue informado del deceso del producto de la gestación dentro del vientre de su esposa, motivo por el cual tomó la determinación de “*sacarla de la unidad médica y trasladarla al Instituto Nacional de Perinatología*”, indicándose que el IMSS precisó -mediante una tarjeta informativa- que el embarazo de V1 era considerado de alto riesgo, cuestión por la que había estado hospitalizada en diversas ocasiones, y que “*lamentablemente el 3 de mayo se detectó la ausencia de frecuencia cardíaca fetal*”.

6. Ese mismo día, mediante comunicado de prensa con el título: “*Avances Investigación sobre la atención a una derechohabiente en el Hospital de Gineco*”

¹ Miranda, Perla, “*Denuncian muerte de bebé en La Raza porque se negaron a hacer una cesárea*”, *El Universal*, Sección Sociedad, 9 de mayo de 2018.

Obstetricia No. 3 del #CMNLaRaza”, el IMSS informó que integró un equipo multidisciplinario de médicos expertos independientes a “La Raza” con el objetivo de investigar los hechos sucedidos e informó que como medidas para garantizar la objetividad e imparcialidad de sus acciones, determinó separar de su cargo a 4 personas servidoras públicas de ese nosocomio: al Director Médico, al Coordinador Médico del turno nocturno, al Jefe de División de Obstetricia y a la Jefa del Departamento Clínico de Perinatología, añadiendo que el OIC y esta Comisión Nacional habían iniciado las investigaciones conducentes.

7. El 11 de mayo de 2018, en virtud de los hechos y su trascendencia en medios de comunicación a través de notas periodísticas² y la difusión de videos en distintas redes sociales como *Facebook*, *Twitter* y *Youtube* en los que se observa que V1 abandona a pie “La Raza” bastante afectada y aún con la bata puesta y en donde se ve que sus familiares denuncian que durante 5 días que estuvo hospitalizada no la atendieron, esta Comisión Nacional acordó radicar de oficio el expediente de queja CNDH/4/2018/3432/Q, solicitándose información y copia de los expedientes clínicos respectivos al IMSS y al INPER.

8. El 20 de junio de 2018, se recibió en este Organismo Nacional la queja presentada por V1 en la que denunció violaciones a sus derechos humanos, presumiblemente atribuibles a personal médico de “La Raza”, del Instituto Mexicano del Seguro Social, en la Ciudad de México.

9. V1 narró que, a partir del 23 de octubre de 2017, con motivo de su embarazo y de una carta de referencia que le fue otorgada en el HGZ MF 76 por cursar un embarazo de alto riesgo, recibió atención médica en “La Raza” con motivo de su control prenatal.

² A fin de allegarse de mayor información sobre el asunto, esta Comisión Nacional recabó diversas notas periodísticas publicadas en los portales de internet: www.msn.com y www.debate.com.mx, con los respectivos títulos: “*Denuncian a IMSS La Raza por bebé muerta*” y “*Mi pequeñita estaba morada, con los labios casi negros, con llagas en su piel*”.

10. El 28 de abril de 2018 a las 22:00 horas, V1 acudió a “La Raza” por presentar contracciones, siendo internada para su atención y vigilancia. En ese momento cursaba un embarazo de alto riesgo en la semana 35.5 de gestación.

11. El 29 y 30 de abril de 2018, V1 continuó internada en ese nosocomio, en el que permaneció en vigilancia debido a que presentaba un parto pretérmino, por lo que el personal médico buscó aplazar la interrupción del embarazo a fin de alargar el tiempo de gestación y mejora del pronóstico fetal.

12. El 1° de mayo de 2018, V1 presentó ruptura de membranas, a raíz de lo cual el personal médico tratante condujo el trabajo parto con “*oxitocina*”, sin que existiera una progresión en el mismo.

13. El 2 de mayo de 2018, debido a que V1 contaba con una ruptura de membranas de larga evolución y falta de progresión en el trabajo de parto, se determinó realizarle una cesárea urgente, pero no se realizó por falta de personal y saturación de cirugías.

14. El 3 de mayo de 2018, después de haber permanecido en esa unidad hospitalaria aproximadamente 22 horas en espera para la realización de una cesárea urgente y sin la práctica de estudios ni valoraciones de bienestar materno-fetal, al ser revisada por una médica tratante V1 fue informada que el producto de la gestación había perdido la vida. Al respecto, V1 describió: “*sentí mi pancita pequeña y mi bebé no me respondía*”.

15. V1 explicó que tal situación ocasionó que reclamara a las personas servidoras públicas que se encontraban en ese momento en “La Raza”, pero indicó que “*el equipo médico que ahí se encontraba solo platicaban y reían como si no hubiese pasado nada*”. Manifestó que debido a su afectación intentó salir lo antes posible del nosocomio, señalando que fue interceptada por un médico quien le indicó que no podría abandonar el hospital mientras la “*sujet[ó] de los brazos y [la] azotó en la*

cama donde estaba [repitiéndole] que todo estaba bien". Lo anterior fue motivo para que, el mismo 3 de mayo de 2018, V1 aun con la bata hospitalaria, en compañía de su esposo y familiares abandonara ese nosocomio y se trasladó al Instituto Nacional de Perinatología en el cual le indujeron el parto sin realizarle cesárea, para extraer el producto de la gestación sin vida.

16. En ese tenor, se realizaron las diligencias tendentes al esclarecimiento de los hechos, cuya valoración lógico-jurídica es objeto de análisis en el capítulo de Observaciones de esta Recomendación.

II. EVIDENCIAS.

17. Nota periodística publicada el 9 de mayo de 2018, en el portal de "Internet" www.eluniversal.com.mx, titulada: "*Denuncian muerte de bebé en La Raza porque se negaron a hacer una cesárea*", en la que se difundió el caso de V1 y V2, así como la pérdida del producto de la gestación, por inadecuada atención médica en ese nosocomio, lo cual fue difundido en diferentes redes sociales.

18. Acta Circunstanciada en la que se hizo constar que el 10 de mayo de 2018, esta Comisión Nacional en "La Raza" entrevistó a un médico de guardia quien dijo desconocer el caso, pero minutos después se recibió la llamada telefónica de la Unidad de Atención al Derechohabiente del IMSS quien comentó que el 7 de mayo de 2018 se integró un Comité de Expertos para atender el caso.

19. Acuerdo de Radicación de queja de oficio de 11 de mayo de 2018, por el cual este Organismo Nacional determinó iniciar el expediente CNDH/4/201/3432/Q.

20. Comunicado de prensa emitido por el IMSS el 11 de mayo de 2018, con el título: "*Avances Investigación sobre la atención a una derechohabiente en el Hospital de Gineco Obstetricia No. 3 del #CMNLaRaza*", en el cual se informó sobre la integración de un equipo multidisciplinario de médicos expertos independientes a

“La Raza”, aunado a que se comunicó la separación de sus cargos de 4 personas servidoras públicas, además del inicio de una queja ante el OIC.

21. Fe de hechos de 18 de mayo de 2018, en las que personal de este Organismo Autónomo hizo constar la consulta de las notas periodísticas con los títulos: “*Mi pequeñita estaba morada, con los labios casi negros, con llagas en su piel*” y “*Denuncian a IMSS La Raza por bebé muerta*”, difundidas en los portales de internet: www.debate.com.mx y www.msn.com.

22. Oficio 095217614C00/0640 de 29 de mayo de 2018, mediante el cual el IMSS informó el inicio de la Investigación Médica y aportó información sobre el caso de V1 y V2, de la cual se destacan las siguientes constancias:

22.1. Expediente Clínico 1, integrado con motivo de la atención médica otorgada a V1 en “La Raza” en el periodo comprendido del 23 de octubre de 2017 al 3 de mayo de 2018.

22.2. Oficio 35 90 01 45 01 00- 2018/096 de 18 de mayo de 2018, por el cual el IMSS informó el inicio de la Investigación Laboral.

22.3. Oficio 36 A102 2153/0697/2018 de 21 de mayo de 2018, suscrito por SP1 mediante el cual rindió un informe pormenorizado de la atención médica otorgada a V1.

23. Oficio 1100.0394.2018 de 20 de junio de 2018, mediante el cual el INPER rindió un informe en colaboración sobre la atención médica que se le otorgó a V1 por los hechos ocurridos y aportó diversas constancias, entre las que destacan:

23.1. Certificado de muerte fetal expedido el 4 de mayo de 2018, en el que se asentó que se asentó como causa de la muerte del producto de la gestación: “*Interrupción de la circulación feto placentaria*”.

23.2. Expediente Clínico 2, integrado con motivo de la atención médica que se le brindó a V1 en el INPER del 4 al 5 de mayo de 2018.

23.3. Informe pormenorizado del INPER con número de oficio DO.2210.073.2018, de 18 de junio de 2018.

23.4. Otro informe pormenorizado del INPER con número de oficio INPER-DG-0296-2018, de 20 de junio de 2018.

24. Escrito recibido en esta Comisión Nacional el 20 de junio de 2018, a través del cual V1 presentó formal queja en contra del IMSS por los hechos que dieron lugar al expediente CNDH/4/2018/3432/Q.

25. Oficio 095217614C00/1011 de 16 de julio de 2018, mediante el cual el IMSS remitió a esta Comisión Nacional el expediente de Investigación Laboral que se integró con motivo de los hechos de la queja y comunicó que derivado de la misma se resolvió sancionar a AR1, AR2, AR3 y AR6 con la rescisión de sus contratos laborales. De igual modo, el IMSS agregó:

25.1 Acuse de recibo del oficio 369001450100-INV2018/2772 de 12 de junio de 2018, mediante el cual la Delegación Norte del IMSS en la Ciudad de México remitió al OIC copia certificada del expediente de la aludida investigación laboral.

26. Acta Circunstanciada de 23 de octubre de 2018, en la que consta la entrevista que esta Comisión Nacional sostuvo con V1, V2 y los abogados de la ONG que les otorgan acompañamiento, en la que indicaron que han sostenido pláticas con el IMSS sin concretar ningún acuerdo; además, informaron que presentaron una denuncia de hechos ante la PGR misma que dio lugar a la Carpeta de Investigación correspondiente, la cual indicaron se encuentra en integración.

27. Acta Circunstanciada de 26 de octubre de 2018, en la cual esta Comisión Nacional hizo constar que el IMSS, telefónicamente, informó que aún no se ha resuelto el expediente de Investigación Médica, ni se ha concretado ningún tipo de acuerdo con V1 y V2.

28. Opinión Médica de 5 de noviembre de 2018, emitida por este Organismo Nacional sobre el caso de V1 y V2.

III. SITUACIÓN JURÍDICA.

29. El IMSS informó a esta Comisión Nacional que en términos del Instructivo para el Trámite y Resolución de las Quejas Administrativas ante el IMSS en el caso de V1 se inició el Expediente de Investigación Médica, mismo que no ha sido resuelto.

30. De igual modo el IMSS comunicó que se dio trámite al Expediente de Investigación Laboral, en el que se resolvió rescindir los contratos de trabajo de AR1, AR2, AR3 y AR6; aunado a ello, se dio vista de esa resolución al Órgano Interno de Control en el IMSS para efecto de que esa instancia resuelva lo que conforme a Derecho proceda, investigación que se encuentra en trámite.

31. La PGR radicó una Carpeta de Investigación con motivo de la denuncia que V1 y V2 presentaron por los hechos, misma que se encuentra en integración.

IV. OBSERVACIONES.

32. En atención a los hechos y al conjunto de evidencias que obran en el expediente CNDH/4/2018/3432/Q, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, este Organismo Nacional encuentra elementos de convicción suficientes, que acreditan la vulneración a los derechos humanos de V1 (que repercutieron en V2 como se detallará más adelante) por lo que a continuación, se realizará el siguiente análisis: **A.** Derecho a la protección de

la salud; **B.** Derecho a una vida libre de violencia obstétrica; **C.** Inadecuada integración del expediente clínico de V1 en “La Raza”; **D.** Responsabilidad; y **E.** Reparación integral del daño.

A. Derecho a la protección de la salud

33. El párrafo cuarto del artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos reconoce que toda persona tiene derecho a la protección de la salud. En este sentido, la Suprema Corte de Justicia de la Nación ha establecido en su jurisprudencia 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”*³.

34. Esta Comisión Nacional ha reiterado que ese derecho debe entenderse como la prerrogativa de exigir al Estado un sistema capaz de proteger y velar por el restablecimiento de la salud, y que el desempeño de los servidores públicos de las instituciones es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se garantice; la efectividad del derecho a la protección de la salud demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad⁴.

35. Por su parte, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer de la ONU, en su Recomendación General 24 advierte que *“el acceso a la atención*

³Jurisprudencia administrativa *“Derecho a la Salud. Su Protección en el artículo 271, segundo párrafo, de la Ley General de Salud”*. Semanario Judicial de la Federación, abril de 2009 y registro 167530

⁴ CNDH. Recomendación General 15, “Sobre el derecho a la protección de la salud”, 23 de abril de 2009, Observaciones, párrafo 3, y Recomendación 38/2016, 19 de agosto 2016, párrafo. 21.

*de la salud, incluida la salud reproductiva, es un derecho básico previsto en la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer*⁵.

36. En su Informe sobre acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CiDH), considera que es *“deber de los Estados garantizar el derecho a la integridad física, psíquica y moral de las mujeres en el acceso a servicios de salud materna en condiciones de igualdad, implica la priorización de recursos para atender las necesidades particulares de las mujeres en cuanto al embarazo, parto y/o periodo posterior al parto, particularmente en la implementación de intervenciones claves que contribuyan a garantizar la salud materna, como la atención de las emergencias obstétricas”*⁶.

37. Al respecto, este Organismo Nacional menciona la importancia que representa la salud materna para el bienestar del producto, pues tal como ha sido sostenido en la Recomendación General 31/2017 “Sobre la violencia obstétrica en el sistema de salud”: *“[...] existe una interconexión entre los derechos tanto de la mujer como del producto de la gestación, es decir, que la vulneración del derecho a la protección de la salud de uno de ellos incide en el otro”*⁷.

38. Por lo anterior, la Comisión Nacional apunta que la protección a la salud prenatal se encuentra interconectada con la preservación y el adecuado desarrollo del producto hasta la conclusión de la gestación, es decir, en la medida en que sean satisfechos con efectividad los derechos de la mujer embarazada a la protección de la salud, se garantiza la viabilidad del producto de la gestación, en el entendido de

⁵ Además, se puntualizó que: *“es obligación de los Estados Partes garantizar el derecho de la mujer a servicios de maternidad gratuitos y sin riesgos y a servicios obstétricos de emergencia, y deben asignarse a esos servicios el máximo de recursos disponibles”*, numerales 1 y 27.

⁶ CIDH. Informe “Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos”, 7 de junio de 2010, párrafo 84.

⁷ CNDH. “Sobre la violencia obstétrica en el sistema de salud”, de 31 de julio de 2017, párrafo 180.

que su salvaguarda se realiza esencialmente a través de la protección a la mujer embarazada.

39. Bajo esa premisa, este Organismo Autónomo considera que la prestación del servicio médico que se brinde a las mujeres embarazadas en cada una de las etapas de la gestación debe ser otorgado con los más amplios estándares de calidad y calidez, a fin de prevenir, atender y solventar aquellos factores que pudieran representar un riesgo al bienestar del binomio materno-fetal, pues de no ser tratados oportunamente pueden causar repercusiones en su estado de salud.

40. A continuación, tomando en consideración lo anterior, se analizará la atención médica que recibió V1 durante su embarazo y parto, en la que se advirtieron una serie de irregularidades que derivaron en la pérdida del producto de la gestación.

A.1. Atención médica de V1 en el HGZ MF 76 y su control prenatal en “La Raza”.

41. El 19 de octubre de 2017, V1 fue valorada por su médica familiar en el HGZ MF 76 del IMSS, en el Estado de México, quien indicó su referencia a la especialidad de obstetricia en “La Raza”, ya que diagnosticó un embarazo de alto riesgo de 9 semanas de gestación, cesárea previa e hipotiroidismo⁸ de dos años de evolución y antecedentes de diabetes gestacional, así como datos clínicos de una posible infección vaginal.

42. V1 recibió atención de control prenatal en “La Raza”, el 23 de octubre, 24 de noviembre, 22 de diciembre de 2017 y el 22 de enero y 23 febrero de 2018, además recibió atención hospitalaria del 4 al 6 y del 9 al 12 todos de abril de 2018. De

⁸ Es una enfermedad endocrina común, causada por una inadecuada acción de las hormonas tiroideas, principalmente por disminución en la síntesis y secreción de estas y ocasionalmente por resistencia periférica a las hormonas tiroideas. *Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y tratamiento de hipotiroidismo primario y subclínico en el adulto*. México 2016. IMSS.

acuerdo a la Opinión Médica de esta Comisión Nacional, la vigilancia y los tratamientos clínicos que se le otorgaron a V1 durante el control prenatal de V1, fueron adecuados.

A.2. Inadecuada atención médica V1 en “La Raza”.

43. El 28 de abril de 2018 a las 22:18 horas, V1 fue valorada por un médico del Servicio de Urgencias de “La Raza”, quien describió: *“Reporta contracciones uterinas regulares desde el día de hoy por la mañana. No pérdidas transvaginales, percibe movimientos fetales. No síntomas de vaso espasmo”*, por lo que indicó su ingreso a la sala de labor de parto para continuar con su valoración y manejo clínico.

44. A las 23:37 horas, del mismo 28 de abril de 2018, una médica adscrita a “La Raza” hizo constar el ingreso de V1 a la sala de labor de parto y describió que cursaba *“un embarazo de aproximadamente 35.5 semanas de gestación (estimada por la fecha de última menstruación), con antecedentes de cuatro embarazos, dos abortos, una cesárea previa (a las 30 semanas de gestación), amenaza de parto “pretérmino” (internamiento previo) e hipotiroidismo”*. Se estableció que el ingreso de la paciente se debió porque *“refirió dolor abdominal secundario a contracciones uterinas irradiadas a la región lumbar y a la exploración física encontraron modificaciones en el cérvix (cuello uterino)”*, indicando su internamiento, vigilancia y práctica de estudios complementarios.

45. El 29 de abril de 2018, en la nota médica de las 08:09 horas, una médica del Servicio de Tococirugía de “La Raza”, agregó el resultado del examen general de orina que se practicó en esa misma fecha a V1, mismo que reportó un aumento de glóbulos blancos, lo cual indicó que presentaba también una infección en las vías urinarias, otorgándosele el tratamiento respectivo.

46. En las notas de las valoraciones clínicas realizadas a V1 a las 21:04 horas del 29 de abril de 2018; 6:21 horas y 21:00 horas del 30 de abril de 2018; así como a las 11:00 horas del 1 de mayo de 2018, los médicos tratantes del Servicio de Tococirugía de “La Raza” advirtieron la ausencia de signos de alarma obstétrica materno-fetal que motivaran en ese momento la interrupción del embarazo, por lo cual se indicó su continuación bajo vigilancia médica.

47. De acuerdo a la Opinión Médica de este Organismo Autónomo los antecedentes descritos y las condiciones clínicas que presentó V1 tales como: *producto de la cuarta gesta, 2 abortos previos, cesárea por parto prematuro, previa amenaza de parto, además de la detección de una infección de las vías urinarias*, fueron factores que incrementaron el riesgo⁹ para que el embarazo de V1 concluyera como *un parto “pretérmino”*.

48. V1 refirió que a las 21:04 horas del 1 de mayo de 2018 *“se le rompió la fuente”*, situación que dijo constató *“por el líquido que comenzó a expulsar”* y sobre lo cual refirió: *“pedí ayuda a las enfermeras gritando, pero nadie me atendió, por lo que fui al área de enfermeras a pedir auxilio, pero solo me respondieron con risas burlonas diciéndome que era algo normal”*.

49. En la resolución de la Investigación Laboral que el IMSS realizó con motivo de los hechos, se detalló que fue a las 23:30 horas, del 1 de mayo de 2018, cuando personal de enfermería del Servicio de Perinatología de “La Raza” asentó en la hoja de *“Registros Clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería”* que V1 presentó *“salida de líquido transvaginal”*, sin embargo, en esa determinación el IMSS informó también que no se contó con evidencia alguna que acreditara que el personal de enfermería dio aviso de esa circunstancia al médico de guardia.

⁹ Atributo o exposición de una persona, una población o el medio, que están asociados a una probabilidad mayor de aparición de un proceso patológico o de evolución específicamente desfavorable de este proceso. *Guía de Práctica Clínica Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Corioamnionitis en los Tres niveles de Atención*. México: Consejo de Salubridad General, 2013.

50. Lo expuesto por V1 sobre el momento de la ruptura de membranas y lo relativo a los comentarios que dijo recibió por el personal de enfermería, cobra relevancia pues evidencia no solamente la falta de sensibilidad del personal de enfermería tratante en la atención brindada a la paciente, sino también permitió constatar que el personal de enfermería en turno no se asentó en su oportunidad lo conducente en la nota correspondiente y el omitió dar aviso de lo ocurrido al médico de guardia.

51. La falta de diligencia que el IMSS observó en el actuar del personal de enfermería en turno genera una incertidumbre del proceso de evolución del periodo que V1 cursó con ruptura de membranas, situación que fue un factor que se sumó a las condiciones de riesgo clínico que presentó el binomio materno-fetal.

52. En la aludida resolución emitida en la Investigación Laboral que el IMSS inició con motivo de los hechos, se hizo notar que a las 6:08 horas del 2 de mayo de 2018, fue AR1 del Servicio de Perinatología de “La Raza” quien firmó la nota de evolución y las indicaciones médicas sobre la conducción del parto de V1 mediante “*oxitocina*”, aplicándose ese medicamento a las 7:30 horas del 2 de mayo de 2018.

53. En este sentido, el IMSS determinó que existió responsabilidad profesional de AR1 pues reveló que, aunque la conducción se apegó a criterios expuestos en Guías Prácticas Clínicas, no se advirtió la existencia de una evaluación previa del bienestar fetal para verificar si la condición del binomio materno fetal era la adecuada para un trabajo de parto, asimismo, esa autoridad constató que AR2 omitió realizar una valoración adecuada de la contractilidad uterina y la frecuencia cardíaca fetal, situación que aumentó los riesgos que prevalecieron en el binomio materno-fetal.

54. Por su parte, esta Comisión Nacional observó que, a las 10:38 horas del 2 de mayo de 2018, AR2 del Servicio de Perinatología de “La Raza” reiteró en la nota de evolución correspondiente los datos o condiciones de riesgo que V1 presentaba, e

indicó que debería continuarse la inducción del parto con “*oxitocina*” “*a dosis respuesta*” y vigilancia del binomio, no obstante, omitió referirse a si las características clínicas del cérvix eran favorables para continuar con la conducción del trabajo de parto y a la falta de progresión del mismo.

55. En ese orden de ideas, la aludida Opinión Médica de este Organismo Autónomo permitió observar que desde las 7:30 horas del 2 de mayo de 2018, en que se inició la conducción del parto de V1 con “*oxitocina*” hasta las 10:38 horas de ese día, cuando AR2 realizó la valoración correspondiente, V1 no presentó cambios en la dilatación y borramiento del cérvix, es decir, que no presentó progresión del trabajo de parto, lo que se conoce como distocia dinámica, sin embargo, AR2 no llevó a cabo la práctica de estudios para verificar la viabilidad de continuar con ese método de inducción.

56. En la Opinión Médica de esta Comisión Nacional se advirtió que pese a las 3 horas de inducción fallida del parto de V1 con “*oxitocina*”, no hay constancia que acredite que AR2 hubiese indicado o solicitara la práctica de algún método paraclínico como la aplicación de ultrasonido, un trazo electrocardiográfico o monitoreo fetal para corroborar el bienestar del producto de la gestación y determinar si era viable continuar con la conducción de trabajo de parto o la interrupción del embarazo mediante cesárea. Situación que fue también observada por el IMSS en la aludida resolución de la Investigación Laboral, lo que motivó la determinación para rescindir el contrato laboral de AR2 por responsabilidad profesional.

57. Conforme a la Guía de Práctica Clínica para la Reducción de la Frecuencia de Operación Cesárea del Consejo de Salubridad General de 2014, la distocia dinámica (ausencia de progresión del trabajo de parto) y la ruptura prematura de membranas son indicadores de cesárea, situación que AR2 pasó desapercibida durante la valoración clínica a V1, lo que se sumó a los diversos factores de riesgo

identificados en el binomio materno-fetal, cuya falta de atención contribuyó a la pérdida del producto de la gestación como se detallará más adelante.

58. A las 19:42 horas, del 2 de mayo de 2018, AR2 advirtió la falta de progresión del parto –cuando V1 ya contaba con casi 22 horas de ruptura de membranas- por lo que programó a la paciente para cesárea tipo *Kerr* de manera urgente¹⁰, procedimiento que justificó con los antecedentes clínicos que se reportaron sobre la condición de salud de V1.

59. Esta Comisión Nacional observa que en la resolución del Expediente de Investigación Laboral, el IMSS señaló que en la nota clínica de las 21:00 horas del 2 de mayo de 2018 -misma que se mencionó que carece de nombre y firma ilegible del personal tratante- y la cual esa autoridad identificó que pertenece a AR3 y en la que esa médica hizo constar que V1 continuaba con la indicación de la cesárea de carácter urgente, no obstante no comunicó en su oportunidad lo conducente al Coordinador Clínico del turno, ni asentó que hubiese realizado acciones para corroborar el bienestar del producto de la gestación.

60. De igual modo, se apreció que a las 23:00 horas, del 2 de mayo de 2018, AR4 asentó en la nota médica correspondiente: *“Paciente en espera de tiempo quirúrgico por múltiples procedimientos y falta de personal de anestesiología. Clínicamente estable...”*, cuestión que permite advertir que para ese momento habían transcurrido más de 25 horas desde el rompimiento de membranas y 3 horas desde que AR2 indicó de manera urgente la realización de la cesárea a V1.

¹⁰ La mencionada Guía de Práctica Clínica para la Reducción de la Frecuencia de Operación Cesárea establece que de acuerdo a su tipo indicación la interrupción del embarazo por cesárea se divide en urgente y electiva, la primera se practica para resolver o prevenir una complicación materna o fetal en etapa crítica y la segunda es la que se programa para ser realizada en una fecha determinada por alguna indicación médica y se lleva a cabo antes de que inicie el trabajo de parto. “5.3 Escalas de Clasificación Clínica”, inciso B, página 41.

61. Lo anterior se suma a la inducción fallida del parto mediante aplicación de “*oxitocina*” por casi 15 horas hasta ese momento, que en conjunto con los factores anteriores aumentó las condiciones de riesgo del binomio materno fetal, desencadenando la muerte del producto de la gestación horas después como se detallará más adelante.

62. Este Organismo Autónomo advirtió una omisión común entre la atención que recibió V1 por parte de AR2, AR3 y AR4 respecto a la falta de espacio quirúrgico y de anesthesiólogo en “La Raza” ya que no se acreditó que hubiesen informado sobre esa situación a su superior jerárquico, ni tampoco hay evidencia de alguna gestión de referencia de la paciente a otra unidad hospitalaria que contara con los recursos humanos y el equipamiento clínico que se requería para la interrupción del embarazo por cesárea urgente. Dicha situación será analizada más adelante, por la responsabilidad institucional que conlleva y por sus consecuencias en la condición de salud del binomio materno fetal.

63. En ese sentido la NOM-007-SSA2-2016, en su punto 5.1.7 dispone que *“en los establecimientos para la atención médica de los sectores público, social y privado, que no cuenten con el servicio de atención de urgencias obstétricas, se debe procurar en la medida de su capacidad resolutive, auxiliar a las mujeres embarazadas en situación de urgencia, y una vez resuelto el problema inmediato y estabilizado y que no esté en peligro la vida de la madre y la persona recién nacida, se debe proceder a su referencia a un establecimiento para la atención médica que cuente con los recursos humanos y el equipamiento necesario para su atención”*.

64. El 3 de mayo de 2018, a las 6:11 horas, AR5 -cuyo nombre consta ilegible en la nota médica correspondiente- reiteró las condiciones clínicas de V1 y los factores de riesgo por los antecedentes conocidos, indicó que en ese momento habían transcurrido 33 horas de la ruptura de membranas y 10 horas desde que se indicó una cesárea urgente, ello sumado a una falta de progresión en el trabajo de parto.

65. Esta situación prevaleció, tal y como se asentó en la nota médica con nombre ilegible, emitida a las 12:50 horas del 3 de mayo de 2018, misma que el IMSS en la mencionada resolución del Expediente de Investigación Laboral atribuyó a AR1 y en la que se advirtió que no se indicaron los motivos por los cuales no había sido realizada la intervención quirúrgica que requería V1, aunado a ello, el IMSS observó en su resolución sobre la referida Investigación Laboral efectuada, que AR1 omitió también llevar a cabo las valoraciones conducentes al binomio materno fetal y no realizó las gestiones para atender la problemática sobre la espera de quirófano. Además, en la nota médica suscrita por AR2 a las 14:30 horas del mismo 3 de mayo de 2018, se reiteró que V1 permanecía en espera de espacio quirúrgico.

66. El 3 de mayo de 2018, a las 17:09 horas, AR2 reportó que al corroborar la frecuencia cardíaca fetal advirtió hipomotilidad fetal, es decir, durante la revisión no escuchó la frecuencia cardíaca fetal, por lo que solicitó de manera urgente rastreo ultrasonográfico en el cual se confirmó la ausencia de los latidos del producto de la gestación, situación que hizo del conocimiento de V1 y V2 e indicó el pase de la paciente a quirófano para interrupción de embarazo por vía abdominal, por diagnóstico de óbito.

67. Al respecto, no obran constancias sobre la práctica de algún estudio complementario por parte de AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5 a V1 para conocer la condición de salud del producto de la gestación lo que, aunado a la omisión de gestionar su ingreso a quirófano o en su defecto, solicitar la referencia de la paciente a una unidad médica que contara con el equipo y personal necesario, así como la falta de supervisión por parte de AR6 al personal médico mencionado, incidió directamente en la muerte del producto de la gestación.

68. De acuerdo a la Opinión Médica de este Organismo Autónomo, es posible determinar que ante los múltiples factores de riesgo que enfrentó el binomio materno-fetal por tratarse de un embarazo de alto riesgo por el hipotiroidismo y la

infección en vías urinarias de la gestante, tratarse de un producto “pretérmino”, con falta de progresión del trabajo de parto, inducción fallida del mismo con “*oxitocina*” y ruptura prematura de membranas de más de 40 horas de evolución, fueron elementos que condicionaron, entre otras circunstancias, la pérdida de líquido amniótico y, por ende, la interrupción de sus funciones vitales tales como mantener un ambiente fetal estéril, un adecuado desarrollo pulmonar, mantener la deglución, micción, movilidad fetal y evitar la compresión del cordón umbilical del producto de la gestación.

69. Bajo esa premisa, esta Comisión Nacional concluye que la omisión de AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5 para atender y resolver la interrupción del embarazo vía cesárea de V1, quien tenía múltiples factores de riesgo que se identificaron en el binomio materno-fetal, así como la falta de estudios complementarios para verificar su bienestar, tales como prueba sin estrés, registros cardiotocográficos y ultrasonidos (durante el periodo de espera para quirófano), fueron condiciones que establecieron un ambiente fetal adverso que provocó la pérdida del producto de la gestación.

70. Es importante destacar que en la Investigación Laboral que el IMSS realizó con relación a la atención clínica otorgada a V1, se determinó que AR6, en su calidad de Jefa del Departamento Clínico, incurrió en responsabilidad ante la omisión de supervisión al personal médico a su cargo, aunado a que le atribuyó la falta de participación en la visita médica a la paciente *“a fin evaluar la integración del expediente, el plan de manejo y otorgar la asesoría que requirieran los médicos señalados en relación a los diagnósticos y tratamientos planteados por ellos...”*.

71. De todo lo anterior, este Organismo Autónomo advirtió que V1 no recibió una atención médica oportuna, eficiente y de calidad en “La Raza”, pues como se analizará a continuación, las omisiones médicas y la falta de inmediatez en la resolución del parto de V1 fueron condiciones que aumentaron los factores de riesgo

que presentó el binomio materno-fetal, lo que derivó en la muerte del producto de la gestación.

72. Este Organismo Nacional recalca la importancia de que todas las instituciones de salud del Estado mexicano ajusten su actuación a los objetivos y metas planteados en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, adoptada por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, que en el caso que nos ocupa, de manera particular resulta relevante su Objetivo 3, que establece la necesidad de *“garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”*.

73. Respecto a la afectación de V1 y V2 ante la pérdida del producto, esta Comisión Nacional observa, tal y como fue documentado en la nota periodística que motivó el inicio de oficio de la queja ante este Organismo Nacional y en los informes que remitió el IMSS, que al recibir la noticia V1 tomó la determinación de salir de manera voluntaria acompañada de sus familiares de “La Raza” para recibir atención en otro hospital. Finalmente, al dejar el nosocomio acudió más tarde al Instituto Nacional de Perinatología, donde recibió la atención médica correspondiente, como se detallará más adelante.

74. Por todo lo expuesto, es de concluirse que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6 son responsables de la vulneración del derecho a la protección de la salud de V1 en detrimento del desarrollo del producto de la gestación, contenido en los artículos XI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, 12.1 y 12.2, inciso a), del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño, 10.1 y 10.2, inciso a), del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (“Protocolo de San Salvador”), 1 y 4.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, y por contravenir lo previsto en

los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero, 4º, párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º, 2º, fracciones I, II y V; 3º, fracción IV, 23, 27, fracciones III y IV, 32, 51, primer párrafo y 61 fracción I, 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.

A.3. Atención médica de V1 en el Instituto Nacional de Perinatología (INPER).

75. De forma posterior a su salida de “La Raza”, V1 se dirigió al INPER en la Ciudad de México, situación que se corroboró en la nota de ingreso, sin hora, suscrita en esa misma fecha por SP2 y SP3: *“PACIENTE ACUDE AL SERVICIO DE URGENCIAS EL 03.05.2018 AL REFERIR HOSPITALIZACIÓN EN IMSS DESDE EL DIA DOMINGO AL REFERIR ACTIVIDAD UTERINA IRREGULAR, DONDE INGRESO [...] REFIERE SALIDA DE LIQUIDO AMNIÓTICO EL DIA MARTES 01.05.2018 A LAS 21:00 HRS, INICIAN INDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO CON OXITOCINA, SIN EMBARGO REFIERE DISMINUCIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE MOVIMIENTOS FETALES EL DÍA DE HOY 03.05.2018 ACUDEN A VALORACIÓN SIN ENCONTRAR FCF POR LO QUE DECIDE ALTA ...”*.

76. Por tal motivo SP2 y SP3 establecieron como diagnóstico *“embarazo de 36.3 semanas por fecha de última menstruación, feto óbito, hipotiroidismo, trabajo de parto en fase latente y ruptura prematura de membranas”* e indicaron la realización de un estudio ultrasonográfico en el que se corroboró la muerte fetal del producto de la gestación y que V1 presentaba disminución de líquido amniótico, así como datos indicativos de un proceso infeccioso en el tracto urinario motivado por la ruptura prematura de membranas prolongada durante su estancia en “La Raza”.

77. De las constancias del expediente clínico integrado en el INPER con motivo de la atención médica otorgada a V1 se advirtió que a las 9:55 horas del 4 de mayo de 2018, se llevó a cabo la extracción del producto de la gestación fallecido y que SP4

asentó en el certificado correspondiente que la causa de la muerte fue: *“interrupción de la circulación feto-placentaria”*.

78. No se omite que en la respectiva nota médica de valoración realizada a las 13:39 horas del 4 de mayo de 2018, SP5 describió el estado anímico de V1 al precisar que: *“La paciente refiere la siguiente sintomatología: tristeza, angustia, desesperación y cansancio, asociada a la pérdida de su bebé [...] menciona que su pareja también se siente triste por la pérdida por lo que se les remitió a la Coordinación de Psicología y Calidad [...] para apoyo psicoterapéutico...”*.

79. Cabe mencionar que, de acuerdo a la Opinión Médica emitida en esta Comisión Nacional, el servicio médico que se otorgó a V1 en el INPER para la atención y resolución del parto y su periodo de recuperación pos parto, fue oportuna y adecuada, pues se le practicaron los estudios y tratamientos conducentes para atender su condición de salud física y emocional, otorgándosele su alta el 6 de mayo de 2018.

80. De igual manera se observó que en el reporte de los estudios patológicos de 9 de mayo de 2018, efectuados a la placenta de V1, SP6 indicó los siguientes hallazgos: *“placenta de 25 por 23 por 2 centímetros y cordón umbilical hipoenrollado (dos a tres enrollamientos por cada 10 cm, todos hacia la izquierda) de 53 centímetros (rango a término entre 50 y 70 cm)”*., por lo cual se establecieron los siguientes diagnósticos: *“placenta hipotrófica de 410 gramos, cordón umbilical hipoenrollado y corioamnionitis aguda con respuesta fetal (vasculitis coriónica)”*.

81. De acuerdo a la Opinión Médica emitida por esta Comisión Nacional, el aludido examen histológico reveló que V1 presentó un cuadro de *corioamnionitis*¹¹ y

¹¹ Inflamación o infección de la placenta, corión y el amnios (membranas fetales) puede ser definida clínica o histológicamente (...) Se define también como la presencia de gérmenes patógenos en líquido amniótico, que producirá complicaciones en la madre y/o el feto. *Guía de Práctica Clínica*

vasculinitis coriónica (inflamación de las membranas fetales), lo cual confirmó la presencia de una complicación por inflamación tanto de la placenta como del producto de la gestación derivada de un proceso infeccioso condicionado por el estado de ruptura prematura de membranas prolongada que inició V1 en su estancia en “La Raza” desde las 21:04 horas del 1 de mayo de 2018.

82. Lo anterior, permite a este Organismo Autónomo confirmar que los múltiples factores de riesgo que se hallaron en el binomio materno-fetal, el descuido del personal de enfermería para informar oportunamente la ruptura de membranas que cursó la paciente, la omisión de AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5 para resolver de manera inmediata el parto de V1 vía cesárea urgente y practicarle los estudios clínicos durante su estancia en “La Raza”, así como la falta de supervisión de AR6 a los médicos tratantes, condicionaron la interrupción del desarrollo del producto de la gestación.

B. Derecho a una vida libre de violencia obstétrica en agravio de V1.

83. En relación con el derecho de las mujeres a vivir una vida libre de violencia, la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, prevé en los artículos 35, 46, fracciones II y X y 49, la responsabilidad del Estado para “*la prevención, atención, sanción y erradicación de la violencia contra las mujeres*”; “*brindar por medio de las instituciones del sector salud de manera integral e interdisciplinaria atención médica y psicológica con perspectiva de género a las víctimas*”, y “*asegurar que en la prestación de los servicios del sector salud sean respetados los derechos humanos de las mujeres*”.

Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Corioamnionitis en los Tres niveles de Atención. México: Consejo de Salubridad General, 2013.

84. Esta Comisión Nacional en su Recomendación General 31/2017 “Sobre la violencia obstétrica en el Sistema Nacional de Salud” define a la violencia obstétrica, como: *“una modalidad de la violencia institucional y de género, cometida por prestadores de servicios de la salud, por una deshumanizada atención médica a las mujeres durante el embarazo, parto o puerperio que le genere una afectación física, psicológica o moral, que incluso llegue a provocar la pérdida de la vida de la mujer o, en su caso, del producto de la gestación o del recién nacido, derivado de la prestación de servicios médicos negligentes o deficientes, abuso de medicalización y patologización de procedimientos naturales, entre otros”*¹².

85. La Comisión Interamericana de Derechos Humanos, en su Informe sobre Acceso a Servicios de Salud Materna desde una Perspectiva de Derechos Humanos, ha enfatizado que es *“(…) deber de los Estados garantizar el derecho a la integridad física, psíquica y moral de las mujeres en el acceso a servicios de salud materna en condiciones de igualdad, implica la priorización de recursos para atender las necesidades particulares de las mujeres en cuanto al embarazo, parto y periodo posterior al parto, particularmente en la implementación de intervenciones claves que contribuyan a garantizar la salud materna, como la atención de las emergencias obstétricas”*¹³.

86. La Organización Mundial de la Salud en el 2014, en la Declaración “Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud” indicó que todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en su salud, lo que implica el derecho a no sufrir violencia durante el embarazo y el parto, debido a que *“el maltrato, la negligencia o falta de respeto en el parto pueden constituirse en una violación de los derechos humanos*

¹² CNDH. 31 de julio de 2017, párrafo. 94.

¹³ CIDH. 7 de junio de 2010, párrafo 84.

fundamentales de las mujeres, descritos en las normas y principios internacionales de derechos humanos”.¹⁴

87. De las constancias analizadas y descritas, se advirtió que AR1, AR2, AR3, AR4, y AR5 con su conducta ejercieron violencia obstétrica en agravio de V1 pues omitieron proporcionarle una atención médica materna de calidad, ya que a pesar de los múltiples factores de riesgo que presentó el binomio materno-fetal y tener indicación urgente de práctica de cesárea –la cual se aplazó por falta de anesestesiólogo y espacio de quirófano- no efectuaron gestiones para su ingreso a quirófano o referir a la paciente a una unidad hospitalaria que contara con los recursos humanos y el equipamiento para atender la urgencia obstétrica, asimismo, omitieron practicar estudios clínicos para monitorear el bienestar fetal del producto de la gestación.

88. Se observa entonces que las omisiones de AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5 constituyen una forma de violencia obstétrica en agravio de V1, por la inadecuada atención médica que le brindaron, pues permaneció por varias horas en espera de cirugía para interrupción del embarazo pese a que existía una indicación de urgencia y con una evolución de ruptura de membranas de más de 40 horas de evolución, ignorando los riesgos obstétricos¹⁵ que derivaron en la muerte del producto de la gestación.

89. Este Organismo Autónomo concluye que de habersele realizado a V1 la cesárea de manera inmediata, se habría brindado una atención oportuna y un mejor pronóstico de sobrevivida del producto de la gestación, por lo que las acciones y

¹⁴ “*Introducción*”, párrafo 4.

¹⁵ Conforme al artículo 9 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica “*La atención médica deberá realizarse de conformidad con los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica*” lo que omitieron las personas servidoras públicas que se mencionan.

omisiones de AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5 se traducen en violencia obstétrica en contra de V1.

90. No pasa desapercibido por esta Comisión Nacional las manifestaciones de V1 en su escrito de queja, respecto a la actitud del personal de enfermería cuando -a las 9:04 horas del 1 de mayo de 2018- *“se le rompió fuente”* y solicitó ayuda a las enfermeras gritando, ocasión en la que dijo *“pero nadie me atendió, por lo que fui al área de enfermeras a pedir auxilio, pero solo me respondieron con risas burlonas diciéndome que era algo normal”*, esta situación cobra trascendencia en las observaciones formuladas por el IMSS en la Investigación Laboral en la que indicó que el personal de enfermería en turno omitió informar al médico tratante en turno sobre la ruptura de membranas de la paciente, pues solo asentó que ese hecho ocurrió a las 23:30 horas del día 1 de mayo. Tal situación impidió tener un registro certero sobre el hecho clínico.

91. Aunado a ello, cobra relevancia lo expuesto por V1 al manifestar que cuando le informaron que el producto de la gestación había perdido la vida *“el equipo médico que ahí se encontraba solo platicaban y reían como si no hubiese pasado nada...pretendo salir por urgencias y el médico me dice que no, que no puedo salir del hospital, por lo que me sujeto de los brazos y me azotó en la cama donde estaba repitiéndome que todo estaba bien”*.

92. El “Código de Bioética para el personal de la salud 2002”¹⁶ establece la obligación del personal médico de brindar a los pacientes un trato de *consideración, amabilidad y respeto, ante sus angustias e inquietudes*. Bajo esa premisa, este Organismo Autónomo ha reiterado que las expresiones inapropiadas y comentarios despectivos, así como el trato descortés, constituyen actos de violencia obstétrica, motivo por el cual se considera que las afirmaciones de V1 tendrán que ser

¹⁶ Guía de conducta en el ejercicio profesional realizada por la Secretaría de Salud en conjunto con diversas instituciones, entre las que se destaca el Instituto Mexicano del Seguro Social.

investigadas, a efecto de deslindar responsabilidades respecto a una posible violencia obstétrica psicológica.

93. Si bien se advierte que la noticia de la pérdida del producto de la gestación de V1 motivó un episodio de reclamo de su parte, de V2 y sus familiares a diferentes personas servidoras públicas de “La Raza”, lo cierto es que tal circunstancia generó también una fuerte afectación emocional en las víctimas.

94. Conforme a esas consideraciones, este Organismo Constitucional concluye que AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6 son responsables por la violación al derecho a una vida libre de violencia en agravio de V1, previsto en los artículos 1, 3, 4, 7, incisos a) y b), y 8, inciso a), de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer “Convención de Belém Do Pará”, así como lo establecido en los artículos 18, 46, fracciones I, II, III y X, 51, fracción II, de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, en relación con el diverso 59, fracciones I, II y III de su Reglamento.

C. Inadecuada integración del expediente clínico de V1 en “La Raza”.

95. El Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas, ha sostenido que, en materia de salud, el derecho de acceso a la información “[...] *comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud*”¹⁷.

96. La NOM-004-SSA3-2012, prevé que el expediente clínico “[...] *es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud. Se trata del conjunto único de información y datos personales de un paciente [...] mediante los cuales se hace constar en diferentes momentos del*

¹⁷ Observación General 14, ibídem, párrafo 12, inciso b, párrafo 5.

proceso de la atención médica, las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como describir el estado de salud del paciente; además de incluir en su caso, datos acerca del bienestar físico, mental y social del mismo [...] los cuales, el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables”¹⁸.

97. En la Recomendación General 29 “Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud”, esta Comisión Nacional consideró que “[l]a debida integración de un expediente clínico o historial clínico es una condición necesaria para que el paciente usuario del servicio de salud pueda ejercer con efectividad el derecho a estar informado para estar en condiciones de tomar una decisión consciente acerca de su salud y conocer la verdad”¹⁹.

98. Al respecto, este Organismo Nacional se ha pronunciado en múltiples ocasiones²⁰ sobre el incumplimiento de la citada NOM-004-SSA3-2012 “Del expediente clínico”, en las que se señalaron las omisiones del personal médico cuando las notas médicas se encuentran incompletas, no describen el diagnóstico y tratamiento de forma completa, son ilegibles y presentan abreviaturas, no obstante que esos documentos están orientados a dejar constancia de los antecedentes de los usuarios de los servicios médicos.

99. A pesar de las Recomendaciones emitidas, algunos médicos persisten en no dar cumplimiento a la norma oficial mexicana “Del expediente clínico”, la cual es de observancia obligatoria para brindar una atención oportuna, responsable y eficiente a los usuarios, que se traduce en el respeto al derecho a la protección de la salud. En el mismo sentido, las instituciones de salud son solidariamente responsables del

¹⁸ Prefacio y artículo 4.4.

¹⁹ CNDH. 31 de enero de 2017, párrafo 35.

²⁰ Entre las más recientes 6/2017, 7/2017, 9/2017, 30/2018 y 56/2018.

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

100. Durante la investigación del presente caso, este Organismo Nacional advirtió que en las constancias médicas del expediente clínico de V1 integrado con motivo de la atención médica que se le otorgó en “La Raza”, se detectaron diversas omisiones evidenciando además un incumplimiento a lo que establece la NOM-004-SSA3-2012, ya que en algunas no se asentó el nombre del médico tratante o no se apuntó completo, otras carecen de fecha y hora del suministro de medicamento, tal y como se indica a continuación:

Fecha y hora	Tipo de documento	Observación u omisión	NOM-004-SSA3-2012 (numerales que dejaron de atenderse)
2 de mayo de 2018, 23:00 horas,	Nota médica (es atribuida en el presente pronunciamiento a AR4)	El IMSS refirió en su investigación que la nota no está firmada ni se asentó el nombre del médico tratante	5.10 (todas las notas en el expediente clínico deberán contener fecha, hora y nombre completo de quien la elabora, así como la firma autógrafa, electrónica o digital, según sea el caso)
3 de mayo de 2018, 6:11 horas	Nota pre-quirúrgica (es atribuida en el presente pronunciamiento a AR2)	No se asentaron los nombres de los médicos que la realizaron	5.10 (todas las notas en el expediente clínico deberán contener fecha, hora y nombre completo de quien la elabora, así como la firma autógrafa, electrónica o digital, según sea el caso)
3 de mayo de 2018, 12:50 horas	Nota de revaloración	Nombre ilegible del médico que la realizó. El IMSS refirió en su investigación que la nota es atribuida a AR1.	5.11 (las notas en el expediente deberán expresarse en lenguaje técnico-médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado)

3 de mayo de 2018 (sin fecha y hora)	Registros de enfermería de urgencias	No se reportó la administración de "oxitocina", ni fecha, hora ni vía prescrita).	9.1.3 (Los reportes del personal profesional y técnico deberán contener la ministración de medicamentos, fecha, hora, cantidad y vía prescrita)
--------------------------------------	--------------------------------------	---	---

101. Estas situaciones han sido objeto de múltiples pronunciamientos por este Organismo Nacional en los que se ha resaltado el deber de los prestadores de servicios médicos, de integrar adecuadamente los expedientes clínicos, no obstante, como se indicó esta práctica continúa suscitándose con frecuencia.

102. Esta Comisión Nacional recuerda que, frente a las irregularidades en la integración del expediente clínico, las instituciones de salud son solidariamente responsables del incumplimiento de la citada norma, 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.

D. Responsabilidad.

103. Como ha quedado acreditado en la presente Recomendación, AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6 incurrieron en responsabilidad en el desempeño de sus funciones, de acuerdo a las conductas y omisiones ya descritas en la presente Recomendación, mismas que configuraron violaciones a los derechos a la protección de la salud en agravio de V1; consecuentemente, este Organismo Constitucional considera que existen evidencias suficientes para concluir que incumplieron con el servicio encomendado y de 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, y a proporcionar un trato respetuoso y digno, conforme a lo previsto en los artículos 7° fracciones I y VII de la Ley General de Responsabilidades Administrativas; 303 y 303 A de la Ley del Seguro Social, 7° párrafos uno y tres del

Reglamento de Prestaciones Médicas de IMSS, y 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica.

104. De igual modo, se observó que AR1, AR2, AR3, AR4 y AR5 omitieron prestar a V1 un servicio de calidad pues no se advirtió la existencia de constancias clínicas, que no solicitaron estudios para corroborar la condición clínica del binomio materno-fetal y aun cuando existía la indicación de cesárea urgente para resolver su embarazo, omitieron realizar gestiones internas y de referencia para atender la urgencia obstétrica. AR6 omitió sus labores de supervisión de los médicos referidos, situación que aumentó los factores de riesgo y que desencadenaron en la pérdida de la vida del producto de la gestación. A manera de resumen, a continuación, se detallan las valoraciones clínicas y algunas de las omisiones que la Opinión Médica de esta Comisión Nacional advirtió:

Fecha y hora (por cronología de valoración o intervención)	Autoridad responsable	Acto u Omisión	Observaciones
2 de mayo de 2018 (6:08 horas)	AR1	No corroboró las condiciones del bienestar del producto de la gestación previo a la inducción del parto con "oxitocina".	Esta omisión fue advertida por el IMSS y motivó la resolución de la rescisión del contrato laboral del servidor público.
2 de mayo de 2018 (10:38 horas)	AR2	Omitió realizar una valoración integral para corroborar condiciones adecuadas del binomio materno-fetal e indicó continuar con la inducción del parto con "oxitocina"	Dicha omisión prolongó las condiciones de riesgo identificadas en el binomio materno-fetal y, por ende, se demoró la resolución del embarazo vía cesárea.
2 de mayo de 2018 19:42 (diecinueve horas con cuarenta y dos minutos)	AR2	Aunque solicitó de manera urgente la práctica de la cesárea no gestionó el espacio de quirófano.	Esta omisión fue advertida por el IMSS y motivó la resolución de la rescisión del contrato laboral de la persona servidora pública. Además, prolongó las condiciones de riesgo

			identificadas en el binomio materno-fetal y, por ende, se demoró la resolución del embarazo vía cesárea.
2 de mayo de 2018 21:00 (veintiún horas)	AR3 Omitió su nombre en la nota médica y su firma es ilegible.	No realizó una valoración integral para corroborar condiciones adecuadas del binomio materno-fetal, refirió que continuaba la indicación de cesárea urgente sin reportar lo conducente a su superior jerárquico o gestionar traslado de paciente.	Esta omisión fue advertida por el IMSS y motivó la resolución de la rescisión del contrato laboral de la persona servidora pública. Además, prolongó las condiciones de riesgo identificadas en el binomio materno-fetal y, por ende, se demoró la resolución del embarazo vía cesárea.
2 de mayo de 2018, 23:00 (veintitrés horas)	AR4 Omitió nombre y firma en la nota médica.	Refirió que continuaba la indicación de cesárea urgente sin reportar lo conducente a su superior jerárquico o gestionar traslado de paciente.	Esta omisión prolongó las condiciones de riesgo identificadas en el binomio materno-fetal y, por ende, se demoró la resolución del embarazo vía cesárea.
3 de mayo de 2018 (6:11 horas)	AR5 Omitió nombre y firma en la nota médica.	No realizó una valoración integral para corroborar condiciones adecuadas del binomio materno-fetal, refirió que continuaba la indicación de cesárea urgente sin reportar lo conducente a su superior jerárquico o gestionar traslado de paciente.	Esta omisión prolongó las condiciones de riesgo identificadas en el binomio materno-fetal y, por ende, se demoró la resolución del embarazo vía cesárea.
3 de mayo de 2018 (6:11 horas)	AR1 Omitió nombre y firma en la nota médica.	No realizó una valoración integral para corroborar condiciones adecuadas del binomio materno-fetal, refirió que continuaba la indicación de cesárea urgente sin reportar lo conducente a su superior jerárquico o gestionar traslado de paciente.	Esta omisión fue advertida por el IMSS y motivó la resolución de la rescisión del contrato laboral de la persona servidora pública. Además, prolongó las condiciones de riesgo identificadas en el binomio materno-fetal y, por ende, se demoró la resolución del embarazo vía cesárea.

3 de mayo de 2018 14:30 (catorce horas con treinta minutos)	AR2	No realizó una valoración integral para corroborar condiciones adecuadas del binomio materno-fetal, refirió que continuaba la indicación de cesárea urgente sin reportar lo conducente a su superior jerárquico o gestionar traslado de paciente.	Esta omisión fue advertida por el IMSS y motivó la resolución de la rescisión del contrato laboral de la persona servidora pública. Además, prolongó las condiciones de riesgo identificadas en el binomio materno-fetal y, por ende, se demoró la resolución del embarazo vía cesárea.
2 al 3 de mayo de 2018	AR6	Se le atribuyó falta de personal médico a su cargo, aunado a que se le atribuyó falta de participación en la visita médica a V1 <i>“a fin evaluar la integración del expediente, el plan de manejo y otorgar la asesoría que requirieran los médicos ...”</i> .	Esta omisión fue advertida por el IMSS y motivó la resolución de la rescisión del contrato laboral de la persona servidora pública.

D.1. Responsabilidad Institucional.

105. Esta Comisión Nacional observa que las omisiones descritas, como la falta de personal médico, equipamiento o infraestructura médica, forman parte de una problemática de carácter estructural en el funcionamiento del sistema de salud, por lo que este Organismo Nacional insta al IMSS para determinar si las problemáticas ocurridas en los hechos del presente caso, pueden derivar en el incumplimiento en alguna de las obligaciones contenidas en la Ley General de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, especialmente en mandos medios y superiores que debieron prever que en específico, que “La Raza” contara con toda la disponibilidad de personal y equipo médico necesario para garantizar el disfrute más alto posible del derecho a la protección de la salud de V1.

106. Lo anterior es así, pues en el presente asunto se evidenció que desde 19:42 horas del 2 de mayo de 2018, AR2 indicó que V1 requería con urgencia de una cesárea, tal determinación se prolongó casi 22 horas, situación que fue atribuida a la falta de espacio quirúrgico, tal y como lo asentó AR4 en la nota médica de las 23:00 horas del 2 de mayo de 2018: *“Paciente en espera de tiempo quirúrgico por múltiples procedimientos y falta de personal de anestesiología. Clínicamente estable...”*, siendo la falta de equipamiento y personal especializado un factor que influyó en las complicaciones clínicas que provocaron la pérdida de la vida del producto de la gestación.

107. Tal circunstancia evidencia un incumplimiento a lo establecido en el apartado 5.1.8 de la NOM-007-SSA-2016, que prevé que *“los establecimientos para la atención médica que brinden atención de urgencias obstétricas (como es el caso de “La Raza”) deben contar con espacios habilitados, personal especializado, calificado y/o debidamente capacitado para atender dichas urgencias, equipo e instalaciones adecuadas, así como los insumos y medicamentos necesarios para su manejo, además de contar con servicio de transfusión sanguínea o banco de sangre con hemocomponentes y laboratorio para procesamiento de muestras; 24 horas del día, todos los días del año”*.

108. No se omite mencionar que, si bien en la Investigación Laboral realizada por el IMSS se aludió sobre la falta de gestión por parte de AR1, AR3, AR3 y AR6 para el ingreso de V1 al quirófano, lo cierto es que esa circunstancia no desvirtúa la necesidad de investigar las posibles irregularidades en el desabasto o ausencia de los recursos humanos o técnicos que resultan necesarios para la atención clínica, no solo de la agraviada, sino de todas aquellas mujeres en estado de gravidez que acuden a esa unidad médica especializada.

109. De igual modo, lo comunicado por el IMSS sobre el cese de las personas servidoras públicas de esa unidad hospitalaria no es obstáculo para que se investiguen las irregularidades en que directivos o personal de mando del IMSS pudieran haber incurrido por la responsabilidad institucional respecto a la falta de recursos humanos y equipamiento en “La Raza” cuando ocurrieron los hechos que motivan la presente Recomendación.

E. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO.

110. De conformidad con lo establecido en los artículos 1º, párrafo tercero, 108 y 109, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; y 44, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, al acreditarse una violación a los derechos humanos atribuible a un servidor público del Estado, la Recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan para lograr la efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación de los daños y perjuicios que se hubieren ocasionado, para lo cual el Estado deberá de investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos que establezca la ley. Para tal efecto, de acuerdo con los artículos 1º, 2º, fracción I, 4º, 7º fracciones II, VI, VII y VIII, 27, 64 fracciones I y II, 67, 68, 88 fracción II, 96, 97 fracción II, 106, 110 fracción V inciso c), 111, 112, 126 fracción VII, 130, 131 y 152 de la Ley General de Víctimas, se deberá reparar integralmente el daño a V1 y V2, por las violaciones a sus derechos humanos y que han quedado detalladas en la presente Recomendación.

111. La Comisión Nacional considera necesario el análisis integral de las violaciones a derechos humanos por la inadecuada atención médica que fue otorgada al binomio materno-fetal y su trascendencia en la situación de V1 y de V2, ya que con motivo de la pérdida del producto de la gestación se advirtieron afectaciones en su estado emocional lo que, aunado a los antecedentes obstétricos

descritos sobre la interrupción de dos de sus embarazos, trae como consecuencia la necesidad que la autoridad recomendada efectúe un seguimiento médico y atención psicológica para V1 y V2.

112. En ese sentido, el análisis que antecede debe ser considerado ampliamente por la autoridad recomendada, para poder otorgar una reparación integral que considere cada una de las aristas que debe incluir la en los casos de V1 y V2.

a) Medidas de rehabilitación.

113. En cuanto a V1 y V2, se les deberá proporcionar la atención médica, psicológica y tanatológica que requieran por personal profesional especializado, y prestarse atendiendo a su edad y especificidades de género, de forma continua hasta que alcancen su sanación física, psíquica y emocional por la afectación a la salud de V1 que trajo como consecuencia la afectación y la pérdida del producto de la gestación. En ambos casos, la atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible para las víctimas, con su consentimiento, brindando información previa clara y suficiente.

c) Medidas de satisfacción.

114. Se requiere que dentro de las medidas de satisfacción y como parte de la reparación del daño ocasionado a V1 y V2, las autoridades colaboren ampliamente con este Organismo Nacional en el trámite de la queja administrativa que se presente ante el Órgano Interno de Control en el IMSS por las irregularidades administrativas que dieron lugar a las violaciones a los derechos humanos descritas, el trato inadecuado e indiferente que V1 refirió y la responsabilidad institucional que se menciona en el presente documento, así como en la que se inició con motivo de la vista que otorgó el IMSS ante esa instancia.

115. Se incorpore copia de la presente Recomendación en el expediente laboral de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6 para que obre constancia de las violaciones a los derechos humanos en las que participaron.

116. Deberá la autoridad responsable colaborar y dar seguimiento a la Carpeta de Investigación que inicio con motivo de la denuncia presentada por V1 y V2 ante la Procuraduría General de la República por la pérdida del producto de la gestación, por lo que deberá remitir las pruebas de cumplimiento correspondientes. De igual manera, deberá aportarse la presente Recomendación como uno de los documentos base de la investigación penal y queja administrativa.

d) Garantías de no repetición.

117. Estas consisten en implementar las medidas que sean necesarias para conseguir que los hechos violatorios de derechos humanos no se repitan. En este sentido, se recomienda se diseñen e impartan en “La Raza”, en un plazo de 6 meses, los siguientes cursos de capacitación dirigidos a las personas servidoras públicas que ahí laboran: 1) Estándares del derecho a la protección de la salud materna y de la niñez, 2) Contenido y aplicación la NOM-007-SSA2-2016, “*Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida*” y sobre la Recomendación General 31/2017 “Sobre la violencia obstétrica en el Sistema Nacional de Salud” emitida por esta Comisión Nacional, 3) Observancia y contenido de las NOM-004-SSA3-2012, “*Del Expediente Clínico*”, y la NOM-027-SSA3-2013, “*Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica*”, los cuales deberán ser efectivos para prevenir hechos similares a los que dieron origen a la presente Recomendación y deberán impartirse por personal calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos.

118. En el plazo de 2 meses, se emita una circular dirigida al personal médico de “La Raza”, en la que se les exhorte, en los casos que así proceda, a entregar copia de la certificación y recertificación que tramiten ante los Consejos de Especialidades Médicas, con la finalidad de que acrediten tener la actualización, experiencia y conocimientos suficientes para mantener las habilidades necesarias que permitan brindar un servicio médico adecuado y profesional.

e) Medidas de compensación (indemnización)

119. Al acreditarse violaciones a los derechos humanos a la protección a la salud y a una vida libre de violencia obstétrica de V1, la autoridad responsable deberá indemnizar a V1 y V2, en términos de la Ley General de Víctimas.

120. A fin de cuantificar el monto de la indemnización, deberán atenderse los siguientes parámetros: 1) Daño material. Son referidos por lo general como daño emergente y lucro cesante, han sido considerados por la Corte Interamericana de Derechos Humanos como las consecuencias patrimoniales de las violaciones de derechos humanos que hayan sido declaradas, la pérdida o detrimento de los ingresos de las víctimas, los gastos efectuados con motivo de los hechos y las consecuencias de carácter pecuniario que tengan un nexo causal con los hechos del caso²¹, y; 2) Daño moral e inmaterial. Aquel que puede *“comprender tanto los sufrimientos y las aflicciones causados a las víctimas directas y a sus allegados, y el menoscabo de valores muy significativos para las personas, como las alteraciones, de carácter no pecuniario, en las condiciones de existencia de la víctima o su familia”*²².

²¹ “Caso *Loayza Tamayo vs. Perú*”. Ídem p. 147.

²² Corte IDH. “Caso *Bulacio Vs. Argentina*”. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 18 de septiembre de 2003, párrafo 90.

121. Se deberán tomar en consideración los siguientes elementos para indemnizar: 1) derechos violados, 2) temporalidad, 3) impacto bio-psicosocial (deberán identificarse mínimamente, los siguientes impactos en las víctimas: en su estado psicoemocional; en su privacidad e integridad psicofísica; en su esfera familiar, social y cultural; en su esfera laboral y profesional; en su situación económica; y en su proyecto de vida), y 4) Consideraciones especiales atendiendo a las condiciones de discriminación o vulnerabilidad (se sugiere la atención para dictar una reparación reforzada en los casos donde las víctimas sean: mujeres, personas indígenas, niños y niñas y personas en situación de pobreza).²³

En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos se permite formular a Usted señor Director General, las siguientes:

V. RECOMENDACIONES.

PRIMERA. Se repare integralmente el daño a V1 y V2, se les inscriba en el Registro Nacional de Víctimas para que tengan acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral conforme a la Ley General de Víctimas, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con las que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. De manera inmediata, se deberá proporcionar la atención médica, psicológica y tanatológica que requieran V1 y V2, por personal profesional especializado y de forma continua hasta que alcancen su sanación psíquica y emocional, atendiendo a su edad, sus necesidades, de forma inmediata y en un lugar accesible para las víctimas, debiendo otorgar, en su caso, la provisión de medicamentos; y se remitan a esta Comisión Nacional las pruebas que acrediten su cumplimiento.

²³ CNDH. Recomendaciones 30/2018 de 13 de septiembre 2018, párrafo 113; 26/2018 párrafo.231; 19/2018 párrafo 100; y 48/2017 párrafo 83.

TERCERA. Se colabore ampliamente con este Organismo Nacional en la queja que se presente ante el Órgano Interno de Control en el Instituto Mexicano del Seguro Social en contra de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6, por las violaciones a los derechos humanos descritas, el trato inadecuado e indiferente que V1 refirió y la responsabilidad institucional que se menciona en el presente documento, así como en la investigación administrativa que se inició con motivo de la vista otorgada por el IMSS ante esa instancia y se envíen a esta Comisión Nacional las pruebas con que se acredite su cumplimiento.

CUARTA. Se colabore y dé seguimiento a la Carpeta de Investigación iniciada con motivo de la denuncia presentada por V1 y V2 ante la Procuraduría General de la República por el fallecimiento del producto de la gestación, y se envíen a esta Comisión Nacional las pruebas con que se acredite su cumplimiento.

QUINTA. Se incorpore copia de la presente Recomendación en el expediente laboral y personal de AR1, AR2, AR3, AR4, AR5 y AR6 para que obre constancia de las violaciones a los derechos humanos en las que participaron, y se envíen a esta Comisión Nacional las pruebas con que se acredite su cumplimiento.

SEXTA. En un plazo de 6 meses, se diseñen e impartan en “La Raza” los siguientes cursos de capacitación: 1) sobre los estándares del derecho a la protección de la salud materna y de la niñez y violencia obstétrica, y 2) sobre las normas oficiales mexicanas en materia de atención a la mujer relativas al presente caso, los que deberán ser impartidos por personal especializado, así como los indicadores de gestión y evaluación que se apliquen al personal que los reciban en los cuales se refleje un impacto efectivo, y enviar a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

SÉPTIMA. El plazo de 2 meses se emita una circular dirigida al personal médico de “La Raza” en la que se les exhorte, en los casos que así proceda, a entregar copia de la certificación y recertificación que tramiten ante los Consejos de Especialidades

Médicas, con la finalidad de que acrediten tener la actualización, experiencia y conocimientos suficientes para mantener las habilidades necesarias que permitan brindar un servicio médico adecuado y profesional, y se envíen las constancias que acrediten su cumplimiento.

OCTAVA. Se designe a una persona servidora pública de alto nivel, que fungirá como enlace con esta Comisión Nacional, para dar seguimiento al cumplimiento de la presente Recomendación, y en caso de ser sustituido, deberá notificarse oportunamente a este Organismo Nacional.

122. 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 una conducta irregular cometida 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.

123. De conformidad con el artículo 46, segundo párrafo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se solicita que la respuesta sobre la aceptación de esta Recomendación, en su caso, sea informada dentro de los quince días hábiles siguientes a su notificación. De no hacerlo así, concluido el plazo, dará lugar a que se interprete que no fue aceptada.

124. Igualmente, con el mismo fundamento jurídico, se solicita a usted que, en su caso, las pruebas correspondientes al cumplimiento de la Recomendación se envíen a esta Comisión Nacional, en el plazo quince días hábiles, siguientes a la fecha en que haya concluido el plazo para informar sobre su aceptación.

125. 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, requiera su comparecencia, a efecto de que explique el motivo de su negativa.

EL PRESIDENTE

MTRO. LUIS RAÚL GONZÁLEZ PÉREZ