



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

RECOMENDACIÓN No. 52/2018

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES AL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD POR INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA Y PÉRDIDA DEL PRODUCTO EN GESTACIÓN, AL DERECHO A VIVIR UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA, ASÍ COMO AL DERECHO A LA INFORMACIÓN Y AL DERECHO DE ACCESO A LA JUSTICIA EN SU MODALIDAD DE PROCURACIÓN, EN AGRAVIO DE V, EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA 1, DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, EN TAPACHULA, CHIAPAS

Ciudad de México a 31 de octubre de 2018.

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

**LIC. ALBERTO ELÍAS BELTRAN
TITULAR DE LA SUBPROCURADURÍA JURÍDICA Y DE
ASUNTOS INTERNACIONALES EN SUPLENCIA DEL
PROCURADOR GENERAL DE LA REPÚBLICA**

**LIC. RACIEL LÓPEZ SALAZAR
FISCAL GENERAL DEL ESTADO DE CHIAPAS**

Distinguidos señores:

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; 1°, 3°, segundo párrafo, 6°, 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; 128 a 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente número CNDH/5/2015/5806/Q, relacionado con el caso de V.

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, 68, fracción VI, y 116, párrafo primero y segundo de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública y 3, 11, fracción VI, 16 y 113, fracción I, último párrafo, de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública. La información se pondrá en conocimiento de las autoridades recomendadas a través de un listado adjunto en el que se describe el significado de las claves utilizadas, previo compromiso de que éstas dicten las medidas de protección de los datos correspondientes.

3. En la presente Recomendación, la referencia a diversas personas, autoridades, instituciones y ordenamientos se hará con acrónimos o abreviaturas a efecto de facilitar la lectura y evitar su constante repetición, las cuales podrán ser identificadas como sigue:

NOMBRE	CLAVE
Constitución Política de los Estado Unidos Mexicanos	CPEUM
Instituto Mexicano del Seguro Social	IMSS
Hospital General de Zona No. 1 en Tapachula, Chiapas	HGZ1
Corte Interamericana de Derechos Humanos	CrIDH
Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993. <i>“Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del</i>	NOM-007-SSA2-1993

<i>recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.”¹</i>	
Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012. “ <i>Del expediente clínico.</i> ”	NOM-004-SSA3-2012
Quejoso	Q
Víctima	V
Autoridad Responsable	AR
Servidor Público	SP
Averiguación Previa	AP

I. HECHOS

4. En fecha 24 de julio de 2015 Q y V presentaron queja ante este Organismo Nacional, en la que señalaron que el 12 de marzo de 2013 a las 13:55, V, mujer de 31 años de edad, con embarazo de 40.6 semanas de gestación, acudió en compañía de su esposo Q, al área de urgencias ginecoobstétricas del HGZ1 del IMSS en Tapachula, Chiapas, debido a que presentaba contracciones, siendo atendida a las 14:50 horas por AR1, quien utilizó un cono para escuchar los latidos de su “bebé” y le indicó que todo estaba bien, que la frecuencia cardiaca del producto en gestación era adecuada, tenía 3 centímetros de dilatación y estaba en labor de parto. También señalaron que informaron a AR1 que su “bebé” tenía una circular simple de cordón al cuello, sin embargo, AR1 les indicó que faltaba mucho para que su hija naciera, que se fueran y regresaran en 3 horas.

5. En dicho escrito también indicaron que V regresó a las 18:30 horas y fue recibida media hora después por AR1 quien nuevamente utilizó un cono para escuchar los latidos del corazón de su “bebé”, indicándole que todo estaba bien y que la ingresarían al servicio de tococirugía debido a que tenía 5 centímetros de dilatación.

¹ Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 6 de enero de 1995, vigente al momento en que sucedieron los hechos objeto de la presente Recomendación.

6. V permaneció en ese lugar en espera de que le asignaran cama, hasta que personal de enfermería le hizo saber que ya no se escuchaban latidos del corazón del producto de la concepción, por lo que V les pidió que no perdieran tiempo y le realizaran una cesárea, pero dicho personal de enfermería le respondió que eso se hacía para *“sacar niños vivos no muertos”*.

7. De igual manera, indicaron que V fue trasladada al área de Radiología, donde la especialista le confirmó que ya no se percibían latidos del producto en gestación y no había líquido amniótico; además, *“la regañó y culpó”* de no acudir en cuanto perdió el líquido amniótico.

8. Por último, manifestaron que V regresó a la sala de Tococirugía donde fue monitoreada por SP1 y, finalmente, ingresó a la sala de expulsión, donde ese servidor público y personal de enfermería le dieron indicaciones para que pujara, manifestándole una de las enfermeras en tono de regaño que *“pujara, no gritara”*; además, señalaron que cuando logró expulsar a su bebé, SP1 le indicó que la causa de la muerte fue que el cordón estaba muy delgado y se asfixió.

9. Para documentar las violaciones a los derechos humanos de V, se obtuvieron los informes y el expediente clínico del IMSS; asimismo, se solicitó información a la Procuraduría General de la República (PGR) y a la Fiscalía General del Estado de Chiapas (Fiscalía de Chiapas) antes Procuraduría General de Justicia del Estado de Chiapas, cuya valoración lógico-jurídica es objeto de análisis en el capítulo de Observaciones de esta Recomendación.

II. EVIDENCIAS

10. Escrito de queja presentado por Q y V el 24 de julio de 2015 ante este Organismo Nacional y al que anexaron copia de la siguiente documentación:

10.1. Constancia de interpretación del ultrasonido obstétrico de 18 de febrero de 2013, suscrita por un médico particular especialista en radiología, en el que se

establece que el producto del embarazo es *“un producto único, vivo, intrauterino y con adecuado desarrollo... Circular simple de cordón al cuello”*.

10.2. Notas médicas del 12 y 13 de marzo de 2013, suscritas por AR1 y SP1, respectivamente, en las que se señala la atención brindada a V; en la primera se establece que *“...acude por dolor obstétrico, percibe movimientos fetales, niega pérdida transvaginales. Tranquila, normohidratada, afebril, abdomen con útero gestante, feto vivo; IDX: Primigesta, embarazo de 40.6 semanas de gestación, trabajo de parto. Plan: Datos de alerta obstétrica, revaloración en 3 horas...”* y en la segunda se menciona: *“... Nota de atención posparto, se pasa a la paciente a la sala de expulsión por dilatación completa, bajo analgesia obstétrica; pendiente la certificación de muerte fetal...”*.

10.3. Certificado de muerte fetal, con número de folio 120054229 de 13 de marzo de 2013, suscrito por SP1, en el que se señaló como causa de la muerte del producto en gestación *“Interrupción de la circulación materno fetal”* y *“Circular de cordón apretado a cuello fetal”*.

10.4. Certificado de muerte fetal con número de folio 130006773 de 21 de marzo de 2013, suscrito por SP2, médico legista, en el que se señaló como causa de la muerte *“Hipoxia intrauterina”*.

10.5. Acta de defunción del producto de la concepción de fecha 1 de abril de 2013, suscrita por el oficial 02 del Registro Civil en Tapachula, Chiapas, en la que se establece como fecha y hora de expulsión del producto de la concepción, el 13 de marzo de 2013, a las 01:40 horas y la causa de su muerte como hipoxia intrauterina.

11. Oficio 09 52 17 61 4BB1/1662, de 27 de agosto de 2015, del IMSS, al que se adjuntó copia de la siguiente documentación:

11.1. Oficio 070202260200/DH/174/2015, de 20 de agosto de 2015, del HGZ1, mediante el cual rindió el informe solicitado en relación con la atención brindada a V en dicho hospital.

11.2. Copia fotostática simple del escrito firmado por SP1, sin fecha, dirigido al Fiscal del Ministerio Público del fuero común (MPFC), por medio del cual desahogó su comparecencia, dentro del Acta Administrativa radicada en la Fiscalía de Chiapas, haciendo constar su participación en los hechos de la queja.

11.3. Escrito sin fecha, presentado el 20 de junio de 2013, por AR1 ante el MPFC en Tapachula, Chiapas, en el Acta Administrativa y en el que consta la atención que brindó el día 12 de marzo de 2013 a V.

11.4. Copia fotostática simple de escrito de fecha 21 de agosto de 2015, elaborado por AR2 en el que redactó su intervención en la atención que brindó a V.

11.5. Expediente clínico de V que consta de 32 fojas, del que destacan las constancias siguientes:

11.5.1. Registro de pacientes hospitalizados en el HGZ1, de 12 de marzo de 2013, en donde constan los datos de identificación de V a su ingreso al área de urgencias obstétricas de dicho hospital, y en el que se asentó que presentaba un *“embarazo en término”*.

11.5.2. Nota médica de las 15:00 horas del 12 de marzo de 2013, elaborada y signada por AR1, en la cual se menciona que V acudió a valoración; asimismo, se hizo constar que: *“... acude por dolor obstétrico, percibe movimientos fetales, niega pérdida transvaginales. Tranquila, normohidratada, afebril, abdomen con útero gestante, feto vivo; IDX: Primigesta, embarazo de 40.6 semanas de gestación, trabajo de parto. Plan: Datos de alerta obstétrica, revaloración en 3 horas...”*

11.5.3. Nota médica elaborada a las 19:00 horas de 12 de marzo de 2013, suscrita por AR1 en la que se establece que a la revisión de V presentaba: *“Aumento de dolor obstétrico, pérdida de movimiento fetal; DX: embarazo de 40.6 semanas de gestación; Plan: ingreso al servicio para su vigilancia obstétrica estrecha”*.

11.5.4. Nota médica de ingreso a tococirugía de las 20:20 horas del 12 de marzo de 2013, suscrita por AR2, en la que menciona que desde las 16:00 horas V no percibe movimiento fetal; por lo cual solicitó de inmediato *“USG (ultrasonido) obstétrico. DX: probable óbito fetal.”*

11.5.5. Hoja de vigilancia y atención del parto de V, con hoja de registro de 20:20 horas del 12 de marzo de 2013, sin firma del médico ni del personal de enfermería, en la cual se establece: *“Motivo de consulta, trabajo de parto latente, cérvix 5cm dilatación, FCF (frecuencia cardiaca fetal) no audible”*.

11.5.6. “CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN PARA LA APLICACIÓN DE ANESTESIA”, de 12 marzo de 2013, firmada por V, la cual carece de nombre del médico.

11.5.7. “AUTORIZACIÓN, SOLICITUD Y REGISTRO DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA”, firmado por V, en la cual no se anotó fecha, nombre, matrícula ni firma del médico cirujano.

11.5.8. “HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ENTENDIDO (URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN)”, de 12 de marzo de 2013, firmada por V, la cual carece de nombre y firma del médico tratante y/o paciente enfermero(a) responsable del PAC (Puntos de atención [médica] continuada).

11.5.9. Hoja de terminación del embarazo, de 13 de marzo de 2013, suscrita por SP1, en la que se menciona peso y talla del producto de la concepción,

y que presentaba cordón delgado, indicando que V revelaba placenta anormal.

12. Oficio número DGOPIDDH/1816/2015, de 31 de agosto de 2015, en el que la Fiscalía de Chiapas enlistó las diligencias practicadas en la AP1.

13. Dictamen médico de 31 de octubre de 2015, emitido por esta Comisión Nacional respecto de la atención médica proporcionada a V en el HGZ1.

14. Oficio 09 52 17 61 4BB1/1512, de 7 de julio de 2016, del IMSS, al que se adjuntó copia de la siguiente documentación:

14.1. Copia del oficio 09 52 17 61 4BB0/721 de 26 de mayo de 2016, mediante el cual el IMSS notificó a V el acuerdo de la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del Consejo Técnico por el que determinó la procedencia de la Queja Médica respecto del caso de la atención brindada a V en el HGZ1.

14.2. Copia del oficio número 079001051100/Q.0549 de 27 de junio de 2016, suscrito por la titular de la Coordinación Delegacional de Atención y Orientación al Derechohabiente, mediante el cual informó a la Jefa de Grupo de Auditoría, Quejas y de Responsabilidades en el IMSS en Chiapas, la procedencia de la Queja Médica.

15. Oficio 007171/17DGPCDHQI, de 30 de octubre de 2017, de la Procuraduría General de la República, al que adjuntó:

15.1. Oficio número 630/2017, de 13 de octubre de 2017, firmado por el Agente del Ministerio Público de la Federación Titular de la Cuarta Agencia en la Unidad del Sistema Tradicional con sede Tapachula, Chiapas, mediante el cual rindió un informe relacionado con el estado actual que guarda la AP2.

16. Oficio 095217614BB1/2915, de 8 de noviembre de 2017, del IMSS, al que adjuntó el oficio 00641/30.102/241/2017, de 24 de julio de 2017, mediante el cual el Órgano Interno de Control en el IMSS, Delegación Estatal en Chiapas, informó a la Coordinadora Delegacional de Atención y Orientación al Derechohabiente del IMSS en esa entidad federativa, que en esa fecha se radicó expediente del Procedimiento Administrativo.

17. Actas de 4 y 22 de mayo de 2018, de esta Comisión Nacional en las que se hizo constar las consultas de la AP2 en la PGR en Tapachula, Chiapas, de las cuales se advirtieron las diligencias realizadas durante su integración.

18. Acta Circunstanciada del 28 de mayo de 2018, en la que esta Comisión Nacional hace constar que un servidor público adscrito al Órgano Interno de Control en el IMSS en Chiapas, informó que en el Procedimiento Administrativo se dictó acuerdo de archivo porque *“la responsabilidad administrativa de los servidores públicos involucrados ya había prescrito y no había forma de fincarles alguna responsabilidad administrativa”*.

19. Ampliación de dictamen médico de 30 de mayo de 2018, emitido por un especialista de esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos respecto de la atención médica proporcionada a V en el HGZ1.

20. Oficio número FDH/1407/2018, de 31 de mayo de 2018, mediante el cual la Fiscalía de Chiapas rindió un informe vinculado con las diligencias practicadas dentro de la AP1.

21. Oficio 004090/18/DGPCDHQI, de 5 de junio de 2018, mediante el cual la Procuraduría General de la República remitió informe relacionado con el estado actual que guarda la AP2.

22. Oficio número FDH/1486/2018, de 7 de junio de 2018, mediante el cual la Fiscalía de Chiapas remitió el informe relacionado con la integración de la AP1, al que adjuntó:

22.1 Oficio número 41/2018, de 5 de junio de 2018, suscrito por AR3, quien fuera Titular de la Mesa de Trámite 6 de la Fiscalía de Distrito Fronterizo Costa y responsable de la integración del Acta Administrativa, mediante el cual rinde un informe relacionado con las diligencias practicadas dentro de la misma.

23. Actas de 4 y 11 de julio de 2018, de esta Comisión Nacional en la que se hizo constar las consultas de la AP2 en la PGR en Tapachula, Chiapas, de las cuales se desprenden las diligencias realizadas por la autoridad para continuar con la investigación el caso.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

24. El 13 de marzo de 2013, la Fiscalía de Chiapas dio inicio al Acta Administrativa, derivada de los hechos relacionados con el caso de V.

25. El 24 de julio de 2015, V y Q presentaron escrito de queja en este Organismo Nacional, por los hechos antes referidos.

26. El 23 de agosto de 2015, la Fiscalía de Chiapas elevó el Acta Administrativa a Averiguación previa, iniciando la AP1, la cual fue remitida el 25 de ese mes y año por razón de competencia a la PGR.

27. La PGR recibió la AP1 el 25 de agosto de 2015 y ese mismo día radicó la AP2, por homicidio culposo por responsabilidad médica profesional, en contra de AR1, AR2 y SP1, misma que a la fecha de emisión de la presente Recomendación se encuentra en trámite.

28. El 6 de octubre de 2015, Q y V presentaron la Queja Médica ante la Coordinación Delegacional de Atención y Orientación al Derechohabiente del IMSS.

29. El 18 de abril de 2016, la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del Consejo Técnico del IMSS resolvió la Queja Médica, determinando su procedencia, por presunta deficiencia en la atención brindada a V.

30. El 24 de julio de 2017 se radicó Procedimiento Administrativo, en el Órgano Interno de Control en el IMSS Chiapas, el cual fue concluido el 14 de agosto de 2017 por acuerdo de archivo, por prescripción de la acción para sancionar a los servidores públicos involucrados en los hechos.

IV. OBSERVACIONES

31. En este apartado, con fundamento en el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos se realiza un análisis de los hechos y evidencias que integran el expediente CNDH/5/2015/5806/Q, con un enfoque lógico-jurídico de máxima protección de las víctimas, a la luz de los estándares nacionales e internacionales en materia de derechos humanos, de los precedentes emitidos por la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, así como de criterios jurisprudenciales aplicables, tanto de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, como de la CrIDH, se cuenta con evidencias que permiten acreditar violaciones a los derechos humanos al derecho a la protección de la salud por inadecuada atención médica y pérdida del producto de la concepción, al derecho a vivir una vida libre de violencia obstétrica, así como al derecho a la información, en agravio de V, atribuibles a AR1, y AR2, y al derecho de acceso a la justicia en su modalidad de procuración, cometidas por AR3, AR4 y AR5, en agravio de V, ello de acuerdo a las siguientes consideraciones.

A. Derecho a la protección de la salud

32. La protección de la salud es un derecho humano vital e indispensable para el ejercicio de otros derechos, que debe ser entendido como la posibilidad de las

personas a disfrutar de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar su más alto nivel.²

33. El artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en su párrafo cuarto, reconoce que toda persona tiene derecho a la protección a la salud. El Estado mexicano al ser parte del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, se obliga a reconocer el derecho a salud en su sistema político y ordenamiento jurídico nacional, *“de preferencia mediante la aplicación de leyes, adoptando una política nacional de salud acompañada de un plan detallado para su ejercicio, cuando menos en un mínimo vital que permita la eficacia y garantía de otros derechos, y emprendan actividades para promover, mantener y restablecer la salud de la población.”*³

34. El párrafo 1 de la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales aprobada el 11 de mayo de 2000, señala que: *“...la salud es un derecho fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. La efectividad del derecho a la salud se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como la formulación de políticas en materia de salud, la aplicación de los programas de salud elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la adopción de instrumentos jurídicos concretos.”*

35. En este sentido, el 23 de abril de 2009 esta Comisión Nacional emitió la Recomendación General 15, *“Sobre el derecho a la protección de la salud”*, en la que se afirmó que el desempeño de los servidores públicos de las instituciones de

² CNDH. Recomendaciones 56/2017, p. 42; 50/2017, p.22; 66/2016, p. 28 y 14/2016, p. 28.

³ Tesis Constitucional. *“Derecho a la Salud. Forma de cumplir con la Observación General número 14 del Comité de los Derechos Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas, para garantizar su disfrute”*; Semanario Judicial de la Federación, octubre de 2013, registro 2004683 y Tesis constitucional y administrativa. *“Derecho a la Salud. Su regulación en el artículo 4º. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y su complementariedad con los Tratados Internacionales en Materia de Derechos Humanos”*. Semanario Judicial de la Federación, julio de 2008, registro 169316.

salud es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se proteja, y que tal derecho demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad⁴.

36. La Suprema Corte de Justicia de la Nación en la tesis de jurisprudencia administrativa sobre el derecho a la salud y su protección, expuso que entre los elementos que comprenden el derecho a la salud, se encuentra “*el disfrute de los servicios de salud en todas sus formas y niveles*”, y para garantizarlos el Estado debe brindarlos con calidad, entendiendo esta como “*la exigencia de que sean apropiados médica y científicamente*”.⁵

- **Inadecuada atención médica.**

37. En el presente caso, el 12 de marzo de 2013, a las 14:50 horas, V, quien cursaba un embarazo de 40.6 semanas de gestación presentó contracciones intrauterinas y acudió al servicio de admisión de Tococirugía del HGZ1 del IMSS en Tapachula, Chiapas, donde fue atendida por AR1 quien hizo constar en su nota de las 15:00 horas, que al momento de la exploración la encontró tranquila, normo hidratada, afebril, “*abdomen con útero gestante, feto vivo, frecuencia cardiaca fetal de 151 por minuto,...actividad uterina 1 por 10x36 segundos,...con 3 cm de dilatación, borramiento 80% [disminución del espesor del cuello del útero}], amnios íntegros [membrana amniótica]...*”, diagnosticándola con trabajo de parto latente,⁶ y estableció como plan de tratamiento su egreso del servicio y revaloración en 3 horas

⁴ CNDH. Recomendaciones 56/2017, p. 45; 50/2017, p. 25; 66/2016, p. 31 y 14/2016, p. 31

⁵ “*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, registro 167530.

⁶Es el periodo de tiempo donde hay contracciones dolorosas y cambios en el cérvix que incluyen borramiento y dilatación de hasta 4 centímetros y que en promedio dura de 6 a 7 horas en paciente nulíparas y en pacientes multíparas de 4 a 5 horas. Guía de referencia rápida. Vigilancia y Manejo del parto. Página 2.

o antes ante la presencia de datos de alarma obstétrica,⁷ los cuales le fueron explicados previamente.

38. A las 19:00 horas, del mismo día, AR1 atendió nuevamente a V cuando acudió al servicio de Admisión de Tococirugía del HGZ1; al interrogatorio V refirió aumento de dolor obstétrico y que percibía movimientos fetales; a la exploración AR1 encontró *“cérvix (cuello uterino) central, 5 cm de dilatación, borramiento 80%, amnios íntegros abocados, pelvis útil”*; además, frecuencia fetal de 131 latidos por minuto, por lo que diagnosticó trabajo de parto en fase activa⁸ y ordenó su ingreso al servicio para vigilancia obstétrica.

39. A las 20:20 horas, AR2 hizo constar en su nota médica que V le refirió a su ingreso al área de Tococirugía que desde las 16:00 horas percibió disminución de los movimientos fetales, señalando que en ese momento no se auscultó Frecuencia Cardíaca Fetal (FCF) y solicitó de inmediato ultrasonido obstétrico el cual reportó óbito, (producto sin frecuencia cardíaca fetal), por lo que se informó a V y a Q que se induciría trabajo de parto.

40. En la nota de atención postparto de las 02:20 horas del 13 de marzo de 2013, SP1 hizo constar que V pasó *“..a sala de expulsión en dilación completa y presentación de tercer plano hasta la expulsión... se le realizó episiotomía⁹ media lateral derecha, obteniéndose producto único femenino muerto, que pesó 3.130 kilogramos, con datos de rigor mortis [rigidez cadavérica], separación de huesos craneales, circular de cordón umbilical a cuello apretada, secundaria a brevedad de cordón; además, de moderada cantidad de expulsión de líquido amniótico de características normales, alumbramiento completo... observándose placenta hipotrófica grado III con calcificaciones [placenta disminuida de tamaño], se realizó revisión de cavidad uterina y canal de parto no encontrándose desgarros, se realizó*

⁷ Tales como: Sangrado transvaginal; dolor; contracciones uterinas; cefalea, acufenos y fosfenos; edema de cara y manos; salida de líquido transvaginal; disminución de movimientos fetales.

⁸ Hay contracciones dolorosas regulares y una dilatación progresiva a partir de los 4 centímetros. Guía de referencia rápida. Vigilancia y Manejo del parto. Página 2.

⁹ Corte o disección quirúrgica realizada para favorecer el paso del producto en el canal vaginal.

episierrafia.¹⁰ Se indicó “*infusión con oxitocina, impregnar con antibióticos y analgésicos...*”. A las 09:30 horas del 13 de marzo de 2013 se indicó alta a V por evolución favorable.

41. Analizadas todas y cada una de las evidencias recabadas por esta Comisión Nacional, se concluye que en el presente caso hubo negligencia médica en la atención que se le proporcionó a V y que contribuyó a la pérdida del producto en gestación, como se señalará a continuación.

42. La especialista de esta Comisión Nacional en su opinión médica refirió que de conformidad con la bibliografía médica aplicable al caso, entre los criterios de admisión al servicio de maternidades se encuentran uno o más de los siguientes: actividad uterina regular (contracciones de 2 a 4 en 10 minutos), acompañadas de dolor abdominal en hipogastrio y cambios cervicales (borramiento cervical > 50% a 80% y dilatación de 3 a 4 cm), por lo que en el caso en estudio, si bien AR1, a las 15:00 horas del 12 de marzo de 2013, identificó en V datos de actividad uterina irregular y una dilatación de 3 centímetros, también identificó un hallazgo de borramiento del 80% (normal para fase latente <50 centímetros), por lo que según la especialista de este Organismo Nacional la conducta que debía seguir AR1 era la de ingresar a la paciente en el servicio de observación de tococirugía para seguimiento del trabajo de parto, verificación y registro del progreso de la dilatación cervical a través de exploraciones vaginales racionales, situación que en el presente caso no ocurrió y, por el contrario, se indicó a la quejosa regresara en 3 horas para revaloración.

43. En la opinión médica emitida por esta Comisión Nacional se determinó que AR1 al no haber ingresado a la paciente a tococirugía incurrió en inobservancia de la NOM-007-SSA2-1993, que en su punto 5.4.2.2 refiere que debe realizarse la verificación y registro del progreso de la dilatación cervical a través de exploraciones vaginales racionales de acuerdo a la evolución del trabajo de parto; y al punto

¹⁰Intervención que consiste en la sutura de la herida quirúrgica llamada episiotomía que se realiza durante el parto.

5.4.2.1 que refiere que debe realizarse la verificación y registro de la contractilidad uterina y el latido cardiaco fetal, antes, durante y después de la contracción uterina al menos cada 30 minutos.

44. Aunado a lo anterior, V y Q en el escrito que dio origen al presente expediente de queja, refirieron que desde las 15:00 horas del 12 de marzo de 2013, cuando acudieron a consulta al servicio de admisión de Tococirugía del HGZ1 del IMSS en Tapachula, Chiapas, externaron a AR1 su preocupación en el sentido de que el producto de la concepción presentaba una *“circular simple del cordón a cuello”*, exhibiéndole, entre otros documentos, el informe de un médico particular especialista en radiología de 18 de febrero de 2013, en el que se hacía constar esa condición; al respecto, AR1 en su escrito sin fecha mediante el cual rindió informe ante el MPFC el 20 de junio de 2013, dentro del Acta Administrativa y que también fue remitido a esta Comisión Nacional, no reconoció que a las 15:00 horas se le hubiera exhibido dicho informe médico, indicando que durante la valoración que realizó a V a esa hora, Q únicamente le informó de la existencia de un ultrasonido realizado por un médico radiólogo, solicitando AR1 que se le presentara en la próxima valoración a V, la cual se efectuaría a las 18:00 horas.

45. En ese mismo informe, AR1 refirió que a las 19:00 horas del 12 de marzo de 2013, se presentó nuevamente V en el servicio de urgencias ginecobstétricas, por lo que le practicó revaloración, y al finalizar solicitó el ingreso de Q para informarle la condición de salud de V y el producto en gestación, refiriendo AR1 lo siguiente: *“...el familiar me presenta el ultrasonido obstétrico realizado aproximadamente con un mes de anterioridad (febrero de 2013) ...en el cual se reportaba un producto pre termino y con la presencia de una circular simple a cuello...”*

46. Aunque no se cuenta con evidencia para acreditar que V y Q exhibieron a AR1, a las 15:00 horas del 12 de marzo de 2013, el ultrasonido de 18 de febrero de ese mismo año, emitido por un médico particular, donde se hacía constar la *“circular simple de cordón a cuello”* que presentaba el producto de la concepción, existe el reconocimiento de AR1 de que tuvo conocimiento de esa condición a las 19:00

horas de ese mismo día, durante la segunda valoración a V en el servicio de urgencias ginecobstétricas y admisión a Tococirugía.

47. De acuerdo con la opinión médica de este Organismo Nacional, AR1 actuó de forma negligente, ya que en la interpretación del ultrasonido obstétrico de 18 de febrero de 2013, suscrita por un médico particular especialista en radiología, se menciona que el producto en gestación presentaba *“circular simple de cordón a cuello”*; sin embargo, pese a que AR1 tuvo conocimiento de dicha condición no realizó prueba alguna para confirmarla o descartarla, omitiendo con ello tomar las medidas del caso para mantener el bienestar materno – fetal en los últimos momentos del embarazo.

48. Con base en lo establecido en la Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y Tratamiento de Asfixia Neonatal, se consideran dentro de los factores de riesgo para la asfixia neonatal, las anormalidades del cordón umbilical, como lo es la circular a cuello, por lo que se tuvo que haber llevado a cabo la implementación de medidas preventivas, incluyendo todas aquellas encaminadas a identificar los factores de riesgo, proporcionar un cuidado prenatal y de atención al parto.

49. Para este Organismo Nacional AR1 tenía el deber de cuidado en su calidad de garante del derecho a la salud materna, derivado del artículo 33, fracciones I y II, de la Ley General de Salud, en un doble aspecto: *“I. De manera preventiva, que incluyen las de promoción general y las de protección específica”*, así como *“II. Curativas, que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno”*; lo anterior, en correlación con el artículo 61 Bis de la citada Ley que establece que *“Toda mujer embarazada, tiene derecho a obtener servicios de salud [...] con estricto respeto de sus derechos humanos”*.

50. De igual forma, en opinión de esta Comisión Nacional se estableció que en el expediente clínico en estudio, AR1 no anotó en la nota médica de 12 de marzo de 2013 de las 19:00 horas, la información que se le hizo saber respecto de la condición del producto en gestación, respecto a que presentaba *“circular simple de cordón a*

cuello”, por lo que se incumplió lo indicado en la NOM-004-SSA3-2012, en sus numerales 7.1.5, 7.1.6 y 7.1.7 que establece que las notas médicas en urgencias deberán contener resultados relevantes de los estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento que hayan sido solicitados previamente; diagnósticos o problemas clínicos así como tratamiento y pronóstico, entre otros.

51. Por otra parte, AR2 en su nota médica de las 20:20 horas del 12 de marzo de 2013, así como en su informe de 21 de agosto de 2015, mencionó que V ingresó al servicio de Tococirugía a las 20:20 horas del 12 de marzo de 2013; no obstante, en el dictamen médico de este Organismo Nacional se estableció que de acuerdo a la hoja de *“Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería”* realizada ese mismo día, V fue ingresada a las 19:20 horas al servicio de observación de urgencias tocoquirúrgicas para seguimiento de su trabajo de parto.

52. En contexto con lo anterior, en el dictamen médico de este Organismo Nacional se indicó que de las 19:20 hasta las 20:20 horas del 12 de marzo de 2013, V permaneció sin vigilancia estrecha por parte de AR2, a pesar de que desde las 19:40 y 20:00 horas se identificó la ausencia de movimientos fetales y frecuencia cardiaca fetal, según la hoja de *“Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería”* de 12 de marzo de 2013, que obra en el expediente clínico, por lo que fue posible determinar que existió dilación en la atención médica que se le proporcionó, ya que transcurrió al menos una hora desde el ingreso de la agraviada al servicio de tococirugía hasta la confirmación del óbito fetal mediante estudio de ultrasonido, situación que contribuyó al deterioro de las condiciones del producto de la concepción y a su pérdida.

53. Aunado a lo anterior, AR2 en su nota médica de las 20:20 horas del 12 de marzo de 2013, y en su informe de 21 de agosto de 2015, señaló que cuando V ingresó al servicio de tococirugía el producto en gestación no registraba frecuencia cardiaca fetal, lo cual se confirmó mediante ultrasonido; sin embargo, esto no se ha sido determinado, debido a que en la nota elaborada por AR1 a las 19:00 horas de 12 de marzo de 2013, se hizo constar que a esa hora el producto en gestación

presentaba una frecuencia cardiaca fetal de 131 latidos por minutos, y en la anotación de las 19:40 horas en la hoja de *“Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería”* de esa misma fecha, se asentó la ausencia de movimientos fetales; es decir, veinte minutos después, cuando V ya se encontraba en el servicio de Tococirugía, por lo que tomando en consideración lo establecido en el dictamen de la especialista de este Organismo Nacional, la pérdida del producto en gestación pudo haber ocurrido cuando V estaba en vigilancia del servicio de tococirugía, bajo la responsabilidad de AR2.

54. En virtud de lo anterior, las actuaciones de AR1 y AR2 resultan contrarias a lo dispuesto en los puntos 5.4.2, 5.4.2.1 y 5.4.2.2 de la NOM-007-SSA2-1993, que prevén *“que el control de parto normal, debe incluir la verificación y registro de la contractibilidad uterina y el latido cardiaco 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.”*

55. 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 V no se llevaron a cabo.

56. De igual forma, la especialista de este Organismo Nacional estableció que AR1 y AR2 omitieron implementar medidas preventivas encaminadas a identificar los factores de riesgo, proporcionar un cuidado prenatal y de atención al parto, tales como realizar pruebas de bienestar del producto en gestación mediante la práctica de un ultrasonido obstétrico para cuantificar el líquido amniótico, estudio que constituye un elemento de apoyo diagnóstico y que de haberse realizado habría permitido observar y confirmar que el producto de la concepción tenía *“circular*

simple de cordón a cuello”, por lo que AR1 y AR2 pudieron haber decidido la interrupción del embarazo vía cesárea, o bien establecer una vigilancia estrecha para conocer la evolución respecto del cordón en el cuello, situación que omitieron, y al no realizarlas de manera temprana y oportuna, favorecieron las complicaciones que incidieron en la pérdida del producto de la concepción, por ello, AR1 y AR2 inobservaron, además, el punto 5.4.1.5 de la NOM-007-SSA2-1993 relativo al uso racional de tecnologías como el ultrasonido con el fin de otorgar una adecuada atención médica al binomio materno-fetal.

57. Asimismo, en los numerales 5.1.1, 5.1.3, 5.1.4 y 5.1.5, así como en la introducción de la NOM-007-SSA2-1993, se establece 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”*.

58. De lo expuesto, se concluye que AR1 y AR2, adscritos al HGZ1 en Tapachula, Chiapas, incumplieron con su deber de garantizar calidad y oportunidad en la atención médica de V, en perjuicio de su derecho a la protección de salud, ya que el primero de ellos en la valoración que realizó a V el 12 de marzo de 2013, a las 15:00 horas, no tomó en cuenta los cambios cervicales (borramiento) como datos orientativos para el ingreso de la paciente al servicio de tococirugía para su valoración y seguimiento con la finalidad de salvaguardar el bienestar fetal. Tampoco corroboró lo informado a las 19:00 horas de ese mismo día por V y Q, en el sentido de que el producto en gestación presentaba una *“circular simple de cordón al cuello”*, por medio de un ultrasonido o mediante vigilancia estrecha para conocer su evolución; asimismo, AR2 dejó transcurrir al menos una hora desde el ingreso de la agraviada al servicio de tococirugía hasta la confirmación del óbito

fetal mediante estudio de ultrasonido, situaciones que contribuyeron al deterioro de las condiciones del producto de la concepción y su posterior pérdida.

- **Pérdida del producto en gestación.**

59. Esta Comisión Nacional observó que en la atención médica brindada a V, existen evidencias que permiten establecer que desde las 15:00 horas del 12 de marzo de 2013, AR1 identificó en la valoración que realizó a V en el servicio de admisión de Tococirugía en el HGZ1 del IMSS en Tapachula, Chiapas, que presentaba una dilatación cervical de 3 centímetros y un borramiento de 80%, cuando en fase de parto latente lo normal es 50%; no obstante, omitió ingresar a V al área de tococirugía a efecto de que se realizara su valoración y seguimiento con la finalidad de salvaguardar el bienestar fetal.

60. Además, desde las 19:00 horas del 12 de marzo de 2013, AR1 tuvo conocimiento que existía el antecedente de la presencia de la “*circular simple de cordón a cuello*”, documentado en la interpretación del ultrasonido obstétrico del 18 de febrero de 2013, suscrito por un médico particular especialista en radiología, pues así lo manifestó en el informe que rindió el 20 de junio de 2013 al MPFC dentro del Acta Administrativa, en la que señala que al informar a Q de la condición obstétrica de V, le presentó un ultrasonido obstétrico realizado con un mes de anterioridad (febrero 2013) en el que se reportaba al producto en gestación con una circular simple a cuello.

61. Al respecto, en el dictamen médico de este Organismo Nacional se hace referencia que la actitud omisa de AR1 constituyó negligencia médica, porque no realizó las pruebas de bienestar fetal, ni algún otro estudio para verificar lo dicho por Q y V respecto de la condición del producto de la concepción de la “*circular simple de cordón al cuello*”, aun cuando esto resultó ser un factor de riesgo; fueron situaciones que coadyuvaron a la mala atención de V que contribuyó a la pérdida del producto en gestación.

62. De igual forma, AR2 manifestó que a las 20:20 horas, al ingreso de V al servicio de Tococirugía, el producto en gestación ya no registraba frecuencia cardiaca fetal; sin embargo, se pudo establecer mediante la hoja de “*Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería*”, en la anotación de las 19:20 horas que V ya se encontraba en ese servicio, lo que lleva a la conclusión que AR2 mantuvo a V sin atención médica por más de una hora, por lo que la especialista de esta Comisión Nacional estableció que AR2 incurrió en dilación en la atención médica que proporcionó a V, omisión que fue determinante en la pérdida del producto en gestación.

63. En el dictamen médico de este Organismo Nacional también se señaló que tomando en cuenta que AR1 a las 15:00 y 19:00 horas de 12 de marzo de 2013, identificó y reportó que la frecuencia cardiaca fetal fue de 151 y 131 latidos por minuto, respectivamente, así como lo asentado en los registros de enfermería, en los que se hizo constar que a las 19:40 horas no presentaba movimientos fetales, y la nota de las 20:20 horas elaborada por AR2 en la que se confirmó al menos desde una hora antes el óbito fetal.

64. No pasa inadvertido para esta Comisión Nacional lo referido en su dictamen médico ampliado, en el sentido de que la descripción del óbito fetal realizado por SP1 en su nota de atención postparto elaborada el 13 de marzo de 2013, a las 2:22 horas, contiene una descripción no precisa con el tiempo de fallecimiento del producto en gestación; lo anterior, en razón que se asentaron datos de rigor mortis o rigidez cadavérica y separación de huesos craneales, y de acuerdo a la bibliografía médica, esa condición suele presentarse a los cinco días del fallecimiento del producto in útero o después, no obstante, dichas circunstancias de ninguna manera modifican la causa del fallecimiento establecido en el certificado. Además, se señaló que de acuerdo al certificado de muerte fetal elaborado por SP2, el 21 de marzo de 2013, la causa de muerte del producto en gestación se debió a las afectaciones sufridas en tejidos y vísceras debido a la falta de oxígeno, producto de la circular de cordón al cuello que presentó.

65. En este orden de ideas, en la opinión médica se concluyó que *“existió responsabilidad por parte de AR1 y AR2, por negligencia y dilación en la atención médica proporcionada a V, incumpliendo con ello el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestaciones de Servicios de Atención Médica, que refiere, entre otras cosas, que “los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable”.* Asimismo, se indicó que existió *“inobservancia de la NOM-007-SSA2-1993. Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido y Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico”*, por lo que dichas omisiones conllevaron a una serie de complicaciones que causaron la pérdida del producto en gestación.

66. Por lo expuesto, AR1 y AR2, adscritos al HGZ1 del IMSS de Tapachula, Chiapas, son responsables de la vulneración del derecho a la protección de la salud de V, que contribuyó a la pérdida del producto de la concepción, contenido en los artículos 12.1. y 12.2, inciso a) del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y 10.1 y 10.2, incisos a), b) y f) del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (“Protocolo de San Salvador”) en relación con el 4.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, 6.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño, así como la Observación General 14 “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”, del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas y, por contravenir lo previsto en los artículos 4º, párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º, 2º, fracciones I, II y V; 23, 27 fracción III y IV; 32, 33, fracciones I y II; 51, 61 fracción I, 61 BIS, 77 bis 9, fracción V 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, la NOM-004-SSA3-2012 y la NOM-007-SSA2-1993.

B. Derecho a una vida libre de violencia obstétrica.

67. Conforme a 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.”*

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

69. Esta Comisión Nacional, en su Recomendación General 31/2017 hizo referencia 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, abuso de medicalización y patologización de procedimientos naturales, entre otros ”.*¹¹

70. Asimismo, en la referida recomendación general se señala que *“la violencia obstétrica, es una conducta en que incurre personal médico, y/o profesional en salud, y/o servidores públicos del hospital y de cualquier orden de gobierno, que tiene su origen o sustento por cuestiones de género”,*¹² caracterizándola como un tipo de violencia de género.

71. En ese sentido, se establece que la violencia obstétrica *“tiene dos modalidades: a) la física, que se configura cuando se realizan a la mujer prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta (...) o cuando no se respetan los tiempos ni las posibilidades del parto*

¹¹ Párrafo 94.

¹² Párrafo 82.

biológico; y b) la psicológica, que se presenta ante el trato deshumanizado, grosero, discriminación, humillación, cuando la mujer va a pedir asesoramiento, o requiere atención, o en el transcurso de una práctica obstétrica. Comprende también la omisión de información sobre la evolución de su parto.”¹³

72. En el caso que nos ocupa, se acreditó la existencia de violencia obstétrica física, en agravio de V, por la inadecuada atención que le brindaron AR1 y AR2 al binomio materno-fetal en el HGZ1 del IMSS en Tapachula, Chiapas, la cual originó complicaciones que trascendieron en la pérdida del producto en gestación.

73. En vinculación con lo anterior, en el dictamen médico de esta Comisión Nacional se estableció que AR1 incurrió en violencia obstétrica al omitir el ingreso de V en el servicio de observación de tococirugía para seguimiento del trabajo de parto, verificación y registro del progreso de la dilatación cervical a través de exploraciones vaginales racionales, puesto que en la valoración que le realizó a las 15:00 horas del 12 de marzo de 2013, identificó un hallazgo de borramiento del 80% (normal para fase latente <50 centímetros) que no correspondía con la dilatación cervical (3 centímetros) que presentaba.

74. Además, omitió corroborar a través de ultrasonido o alguna otra prueba, las condiciones en las que se encontraba el producto en gestación, no obstante que desde las 19:00 horas, de 12 de marzo de 2013, tuvo conocimiento que presentaba una *“circular simple de cordón a cuello”*. Aunque a esa hora determinó el ingreso de V al servicio de Tococirugía, omitió realizar la anotación en el expediente clínico respecto de lo informado por V y Q con relación a ese factor de riesgo que el producto de la concepción presentaba, a efecto de que se tomaran las medidas necesarias para atenderlo.

¹³ Medina, Graciela. “Violencia obstétrica”. Revista de Derecho y Familia de las Personas, núm. 4, Buenos Aires, Diciembre 2009. Páginas 3 y 4.

75. También, en la opinión médica citada, AR2 omitió realizar una vigilancia estrecha al binomio materno fetal por el lapso de una hora, que transcurrió de las 19:20 horas del 12 de marzo de 2013, en que ingresó al servicio de Tococirugía, a las 20:20 horas, de ese día, que elaboró el partograma y su nota de ingreso a dicho servicio, generando con su actuar violencia obstétrica en contra de V.

76. Esta Comisión Nacional con el objeto 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.

77. 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”*, disponen 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.

78. La NOM-007-SSA2-1993 y la actualmente vigente NOM-007-SSA2-2016 *“Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida”* han sido señaladas en las Recomendaciones 37/2011, 6/2012, 1/2013, 6/2013, 46/2013, 5/2015, 10/2015, 19/2015, 24/2015, 25/2015, 39/2015, 52/2015, 8/2016, 47/2016, 50/2016, 5/2017, 6/2017, 7/2017, 9/2017, 11/2017, 23/2017, 26/2017 y 41/2017 emitidas por esta Comisión Nacional, en las que se puntualizó la importancia que tiene, mantener una adecuada vigilancia obstétrica, señalando además que el personal médico debe detectar y prevenir los factores de riesgo en el binomio materno-fetal, acciones que en el caso de V no se realizaron al no efectuar una adecuada monitorización fetal; además, de no hacer constar la condición de circular simple de cuello que presentaba el producto en gestación, por lo cual AR1 y AR2 en su calidad de servidores públicos del IMSS, omitieron brindarle a V la atención oportuna y eficaz que requería, lo que constituye violencia de género, que a su vez vulneró el derecho a la protección de su salud.

C. Derecho a la información.

79. El artículo 6, párrafo dos, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece que *“Toda persona tiene derecho al libre acceso a información”*, y determina que es precisamente el Estado el encargado de garantizar este derecho.

80. El Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales de la ONU previene 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. Con todo, el acceso a la información no debe menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad”*.¹⁴

¹⁴ Observación General 14 *“El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”* (Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), 11 de mayo de 2000, párrafo 9. párr. 12, inciso b, fracción IV.

81. La NOM-004-SSA3-2012, establece 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, (...) integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos (...), mediante los cuales se hace constar (...) las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como describir el estado de salud del paciente; además de (...) datos acerca del bienestar físico, mental y social (...).”*¹⁵

82. 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 *“la 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”*¹⁶.

83. Resulta aplicable en la especie, la sentencia del *“Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”* del 22 de noviembre de 2007, emitida por la CrIDH, 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”*; de este modo, la deficiente integración del expediente clínico, constituye una de las omisiones que deben analizarse y valorarse, en atención a sus consecuencias, con la finalidad de establecer la posible existencia de responsabilidades de diversa naturaleza.¹⁷

84. De las evidencias que se allegó esta Comisión Nacional, se advierte que AR1 no registró en la nota médica de valoración de las 19:00 horas, de 12 de marzo de 2013, que V y Q le exhibieron constancia de interpretación del ultrasonido obstétrico

¹⁵ Introducción, párrafo tres.

¹⁶ Del 31 de enero de 2017, p. 35

¹⁷ CNDH. Recomendaciones 56/2017, p. 120; 50/2017, p. 88; 47/2016, p. 87; 35/2016, p. 171 y 14/2016, p.41.

de 18 de febrero de 2013, suscrita por un médico particular especialista en radiología, en el que se establecía que el producto del embarazo presentaba una “*circular simple de cordón al cuello*”; situación que AR1 sí refirió en su informe rendido en junio de 2013, en el Acta Administrativa, infringiendo con ello el numeral 7 de la NOM-004-SSA3-2012, que estatuye la forma en la que deberán elaborarse las notas médicas en urgencias. Lo que acredita que AR1 fue omiso, al no haber asentado dicha circunstancia, que era fundamental para establecer factores de riesgo en el binomio materno-fetal y se establecieran las medidas necesarias para su atención durante la evolución del trabajo de parto.

85. Aunado a lo anterior, en el dictamen médico de esta Comisión Nacional se advirtió que en el expediente clínico de V hay notas médicas que incumplen con la NOM-004-SSA3-2012, pues algunas son ilegibles, no tienen nombre completo de los médicos y muestran abreviaturas. De manera enunciativa mas no restrictiva, se reseñan, entre otras, las siguientes:

Evidencia	Nota Médica	Omisión	Punto Incumplido de la NOM-004-SSA3-2012
11.5.4	Nota médica de ingreso a tococirugía del 12 de marzo de 2013, de las 20:20 horas.	Carece de nombre completo del médico.	5.10
11.5.6	Carta de consentimiento bajo información para la aplicación de anestesia, de 12 marzo de 2013.	Carece de nombre del médico	5.10
11.5.7	Formato de autorización, solicitud y registro de intervención quirúrgica.	Sin fecha, nombre, matrícula ni firma del médico cirujano	5.10

11.5.8	Hoja de consentimiento informado y entendido.	Sin nombre ni firma del médico tratante y/o paciente enfermero(a) responsable del PAC (Puntos de atención [médica] continuada)	5.10
11.5.9	Hoja de terminación de embarazo.	Anotaciones ilegibles. Nombre incompleto y falta matrícula.	5.10 y 5.11

86. Para esta Comisión Nacional, las irregularidades descritas en el párrafo anterior vulneran el derecho de las víctimas y sus familiares de conocer con certeza la atención médica que se les proporcionó en una institución pública de salud, siendo esto un obstáculo para conocer el expediente clínico de los pacientes de forma detallada con el fin de deslindar las responsabilidades correspondientes, ya que por una parte se omitieron datos y, por la otra, lo señalado en dichas notas es ilegible.

87. También se ha enfatizado en la necesidad de que las instituciones públicas de salud capaciten a su personal médico en el manejo adecuado del expediente clínico, de conformidad con la citada NOM-004-SSA3-2012, en la que se describe la obligación de los citados prestadores de servicios médicos para integrar y conservar el expediente clínico del paciente, siendo las instituciones de salud las responsables solidarias del cumplimiento de esa obligación, como lo ha venido sosteniendo esta Comisión Nacional en diversos precedentes de Recomendaciones, entre otras, la 1/2011, 14/2012, 13/2013, 20/2014, 39/2015, 8/2016, 40/2016, 47/2016, en los siguientes términos:

“La apropiada integración del expediente clínico (...) [en términos de lo que dispone la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, “Del expediente clínico”, 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 que la autoridad responsable está obligada, debe tomar medidas para que la citada norma oficial mexicana respectiva se cumpla en sus términos.”¹⁸

88. En virtud de lo anterior, se concluye que AR1, adscrito al HGZ1 de Tapachula, Chiapas, omitió asentar en el expediente clínico de V, que tuvo a la vista una constancia de interpretación de ultrasonido obstétrico en la que se establecía que el producto en gestación presentaba una “*circular simple de cordón al cuello*”; aunado a lo anterior, en dicho expediente existen notas ilegibles, sin nombre completos de los médicos y muestran abreviaturas, omitiendo con ello cumplir con las obligaciones contenidas en la NOM-004-SSA3-2012, y vulnerando a su vez, el derecho a la información establecido en el artículo 6º Constitucional.

D. Derecho de acceso a la justicia en su modalidad de procuración

89. El acceso a la justicia es un derecho fundamental que reconoce el artículo 17 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y constituye la prerrogativa a favor de los gobernados de acudir y promover ante las instituciones del estado competentes, la protección de la justicia a través de procesos que le permitan obtener una decisión en la que se resuelva de manera efectiva sobre sus pretensiones o derechos que estime le fueron violentados, en los plazos y términos que fijen las leyes, emitiendo sus resoluciones de manera pronta, completa, imparcial y gratuita¹⁹.

90. Este derecho también se encuentra reconocido en el artículo 8.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, el cual precisa, en términos generales, que toda persona tiene derecho a ser oída, con las debidas garantías y dentro de un plazo razonable, por un juez o tribunal competente para la

¹⁸ CNDH. Recomendaciones 79/2017, 9. 38, 50/2017, p. 86; 66/2016, p. 74 y 47/2016, p. 86

¹⁹ Recomendaciones 55/2015, párr. 52, 48/2016, párr. 164 y 34/2017, párr. 223.

determinación de sus derechos y obligaciones. Asimismo, el artículo 25.1. del mismo ordenamiento, señala que: *“Toda persona tiene derecho a un recurso sencillo y rápido o a cualquier otro recurso efectivo ante los jueces o tribunales competentes, que la ampare contra actos que violen sus derechos fundamentales reconocidos por la Constitución, la ley o la presente Convención, aun cuando tal violación sea cometida por personas que actúen en ejercicio de sus funciones oficiales”*.

91. En materia penal, el acceso a la justicia constituye un derecho tanto para el inculpado como para las víctimas de un delito o sus familiares. La CrIDH ha sostenido que: *“las víctimas de violaciones de derechos humanos, o sus familiares, deben contar con amplias posibilidades de ser oídos y actuar en los respectivos procesos, tanto en la procuración del esclarecimiento de los hechos y del castigo de los responsables, como en la búsqueda de una debida reparación.”*²⁰. En esta tesitura, como bien lo sostiene la CrIDH, es el Estado quien tiene la obligación de proveerle a la víctima *“los recursos efectivos para garantizarles el acceso a la justicia, la investigación y, en su caso, la eventual sanción de los responsables y la reparación integral de las consecuencias de las violaciones”*.²¹

92. La CrIDH se ha pronunciado insistentemente respecto de la importancia de que las autoridades encargadas de la procuración e impartición de justicia lleven a cabo una adecuada investigación, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 8.1. de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, en los casos: *“López Álvarez vs. Honduras”* de fecha 1 de febrero de 2006; *“García Asto y Ramírez Rojas vs. Perú”* de fecha 25 de noviembre de 2005, *“Tibi vs. Ecuador”* de fecha 7 de septiembre de 2004, caso *“Suárez Rosero vs. Ecuador”*, sentencia de 12 de noviembre de 1997, y *“Acosta Calderón vs. Ecuador”*, sentencia de 24 de junio de 2005, en los que el tribunal internacional explica la necesidad de que las autoridades

²⁰“Caso Nadege Dorzema y otros vs. República Dominicana”, Sentencia de 24 de octubre de 2012, párr. 199.

²¹Ídem.

actúen con diligencia, con el objeto de tutelar eficazmente los derechos humanos de víctimas, ofendidos y los probables responsables.²²

93. Esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos en la Recomendación General 14, página 12, estableció que: *“el trabajo de investigación del delito en la averiguación previa [...] es la etapa medular en la fase de procuración de justicia, porque de ella depende el ejercicio de la acción penal en contra del probable responsable, o bien, para ubicarlo y lograr la solicitud de la reparación del daño, [...]”*.

94. Sobre el particular, la CrIDH ha sostenido que la obligación del Estado de investigar debe cumplirse diligentemente para evitar la impunidad, *“una vez que las autoridades estatales tengan conocimiento del hecho, deben iniciar ex officio y sin dilación, una investigación seria, imparcial y efectiva por todos los medios legales disponibles y orientada a la determinación de la verdad y a la persecución, captura, enjuiciamiento y eventual castigo de todos los autores de los hechos”*.²³

95. Por su parte, el artículo 21, párrafos primero y segundo, de la Constitución Federal prevé la obligación del Ministerio Público de tomar las medidas jurídicas necesarias para la integración de la averiguación previa tan pronto como tenga conocimiento de la posible existencia de un delito, así como dar seguimiento a las denuncias que se presenten y allegarse de todos los elementos necesarios, de manera oportuna, para lograr el esclarecimiento de los hechos.

96. Esta Comisión Nacional ha sostenido que existe una inadecuada procuración de justicia en aquellos casos en que los servidores públicos encargados de la investigación y persecución de los delitos no actúan con la debida diligencia, omiten realizar las acciones pertinentes para el esclarecimiento de los hechos delictivos, o

²² Recomendación 79/2017, párr. 119

²³“Caso González y otras (Campo Algodonero) vs. México”, Sentencia de 16 de noviembre de 2009, párr. 289 y 290.

las realizan de manera deficiente, generando que los hechos denunciados continúen impunes²⁴.

97. En el caso en análisis, se considera existe violación al derecho humano al acceso a la justicia en su modalidad de procuración, con base en las siguientes consideraciones: a) Incompetencia del Ministerio Público de Fuero Común para conocer del caso, b) Inactividad y falta de diligencia del Ministerio Público de la Federación.

a) Falta de diligencia del Ministerio Público de Fuero Común.

98. El 14 de marzo de 2013, el Acta Administrativa fue turnada a AR3, entonces titular de la Mesa de Trámite 6, de la Fiscalía de Distrito Fronterizo Costa de la Fiscalía de Chiapas, quien aunque ordenó la práctica de diversas diligencias en dicha Acta Administrativa, de las consultas de este Organismo Nacional realizó a la AP2 se advirtió que en el Acta Administrativa existen periodos de inactividad entre el 30 de abril y 21 de junio de 2013, del 29 de junio al 8 de octubre de 2013, del 8 de octubre a 14 de febrero de 2014, del 3 de marzo al 3 de octubre de 2014 y del 10 de noviembre de 2014 al 23 de agosto de 2015; periodos que van de los 3, 4, 7 y 9 meses, sin que se diera impulso a la investigación correspondiente, lo cual implica un desempeño negligente de sus funciones y el incumplimiento de sus obligaciones concernientes a la adecuada procuración de justicia.

99. Es de mencionarse que esta Comisión Nacional en la Recomendación General 16, consideró que *“los agentes del Ministerio público, a fin de garantizar una adecuada procuración de justicia, deben cumplir en el desarrollo de su labor con las diligencias mínimas para: a) evitar la dilación en el trámite de la averiguación previa, de tal manera que no existan omisiones en la práctica de diligencia por los periodos prolongados, b) garantizar el desahogo de las diligencias de investigaciones necesarias para acreditar el delito y la probable responsabilidad del sujeto, c) preservar los indicios del delito a fin de asegurar que las líneas de investigación*

²⁴ Recomendación 31/2015, párr. 96, 4/2018, párr. 46

puedan agotarse, d) propiciar el desahogo de los análisis y dictámenes periciales, e) dictar las medidas de auxilio y protección a las víctimas del delito y a los testigos, f) garantizar el acceso a la justicia a las víctimas del delito mediante la eliminación de la práctica de elaborar actas circunstanciadas en lugar de averiguaciones previas, g) evitar enviar al archivo o a la reserva las averiguaciones previas si no se han agotado las líneas de investigación y h) propiciar una mayor elaboración de investigación por parte de los elementos de la policía que tengan a su cargo dicha función.²⁵

100. Contrario a ello, AR3 continuó integrando el Acta Administrativa hasta el 23 de agosto de 2015, fecha en la que acordó elevar la investigación y radicar la AP1, y el 25 de agosto de ese mismo año remitirla a la Procuraduría General de la República, por incompetencia. De lo anterior se advierte que transcurrieron 2 años y 5 meses aproximadamente, para que AR3 declinara la competencia a la Procuraduría General de la República, lo que a consideración de este Organismo Nacional generó inseguridad jurídica a las víctimas y les obstaculizó tener un efectivo acceso a la justicia.

101. En ese sentido, los artículos 6º, fracciones I, 2 y 13, de la Ley Orgánica de la Procuraduría General de Justicia del Estado de Chiapas, y 2, fracciones I y 2, del Código de Procedimientos Penales para el Estado de Chiapas, vigentes al momento de los hechos, establecen que son atribuciones del Ministerio Público recibir denuncias, querellas o su equivalente que le presenten de forma oral, por escrito, o a través de medios digitales, sobre acciones u omisiones que puedan constituir delito y practicar las diligencias necesarias para la acreditación del cuerpo del delito de que se trate y la probable responsabilidad del indiciado; además, señala que de ser el caso, deberá determinar la incompetencia y remitir el asunto a la autoridad que deba conocerlo.

²⁵ Número 16, pág. 7.

102. La Procuraduría Estatal no demostró que haya existido una justificación para explicar la demora prolongada en el acopio de los elementos de prueba necesarios para la integración efectiva de la averiguación previa de referencia, lo que evidencia una falta de eficacia por parte de esa institución encargada de procurar justicia.

103. En el presente caso, se pudo evidenciar, además, que la radicación de la AP1, y la consecuente remisión por incompetencia a la PGR, fue posterior a la solicitud de información que este Organismo Nacional realizó a la Fiscalía de Chiapas.

104. Al tener presente lo anterior, se concluye que en el presente caso, AR3 con la finalidad de garantizar una adecuada procuración de justicia debió evitar dilación en el trámite de la denuncia realizada por Q, practicando oportunamente las diligencias pertinentes para acreditar un hecho presuntamente delictivo y acordar la radicación de la averiguación previa para su remisión a la autoridad competente; no obstante, con su omisión AR3 incumplió lo preceptuado en los artículos 6, fracción I, inciso a), puntos 1 y 2, 104, 105, fracciones II, XII, 106, fracciones I, VIII, IX y X de la Ley Orgánica de la Procuraduría Estatal vigente en la época de los hechos, y 57 y 58, fracciones II, XII y XIII, de la Ley Orgánica de la Fiscalía General del Estado de Chiapas.

b) Inactividad y falta de diligencia del Ministerio Público de la Federación.

105. El 25 de agosto de 2015, la AP1 fue recibida por razones de incompetencia en la PGR en Tapachula, Chiapas, radicándose la AP2, turnándose a AR4.

106. Con el fin de consultar la AP2, en mayo y julio de 2018, personal de este Organismo Nacional se constituyó en las oficinas de la PGR en Tapachula, Chiapas. Al respecto, de las constancias que integran dicha indagatoria se pudo establecer que del 25 de agosto de 2015 al 9 de enero de 2017, la AP2 estuvo bajo la responsabilidad de AR4, es decir, 1 año y 4 meses aproximadamente, sin embargo, AR4 realizó su primera actuación después de transcurridos tres meses de la recepción de la AP2, el 4 de diciembre de 2015, que solicitó a la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas en Tapachula, Chiapas, se considerara a V como víctima.

107. Posteriormente, el 18 de diciembre de 2015, solicitó al Área de Servicios Periciales de la PGR designara perito médico en medicina forense a efecto de que se determinara si existió responsabilidad por parte del personal médico que atendió a la agraviada, entregando el 13 enero de 2016 un duplicado de la AP2 a un perito médico oficial. Tres meses después, el 15 de abril de 2016, recibió las declaraciones de AR1 y AR2.

108. A partir de esa fecha, no se advirtió alguna actuación de investigación por parte de AR4, tales como citar a los médicos particulares que proporcionaron atención médica a V, o girar los oficios recordatorios necesarios a la especialista en medicina forense de esa Procuraduría para solicitar la emisión de su dictamen, sino que se limitó a esperar dicha opinión, la cual fue emitida seis meses después, el 31 de octubre de 2016, en el que se determinó la no responsabilidad por parte del personal médico y auxiliar que atendió a V.

109. El 8 de noviembre de 2016, AR4 solicitó a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) se designara perito en medicina forense para que se determinara si existía mala praxis médica.

110. Con relación a la actuación de AR4, se advirtió que cuando la AP2 estuvo bajo su responsabilidad existieron periodos de inactividad, primero de 3 meses ya que tardó ese tiempo en realizar su primera actuación en de la misma y, posteriormente, de aproximadamente 6 meses, del 15 de abril al 31 de octubre de 2016, ya que se limitó a la espera de un dictamen sin que diera continuidad a las investigaciones, ocasionando una demora en la procuración de justicia.

111. Del 10 de enero al 8 de febrero de 2017, la integración de la AP2 estuvo a cargo de SP4, quien el 17 enero de 2017 recibió solicitud de la CONAMED para que se le remitiera diversa documentación vinculada a la atención proporcionada a V; al día siguiente, SP4 envió información parcial a la CONAMED y le realizó recordatorio para que se emitiera dictamen médico. Del 8 de febrero al 16 de marzo de 2017, la AP2 estuvo bajo la responsabilidad de SP5, quien durante ese lapso de tiempo

recabó la comparecencia de un médico particular, y *solicitó vía exhorto a la PGR en Tamaulipas la práctica de diligencias.*

112. Del 16 de marzo de 2017 al 11 de julio de 2018, la indagatoria ha estado asignada a AR5, actual responsable de su integración, quien en su informe rendido a este Organismo Nacional, manifestó que la AP2 actualmente se encuentra en *“reserva condicionada, recabando las diligencias necesarias para su perfeccionamiento”.*

113. No obstante, de las consultas realizadas a la AP2 se advirtió que AR5 ha realizado diversas actuaciones orientadas, la mayor parte de ellas, a la obtención de los documentos requeridos por la CONAMED, con la finalidad de *“obtener la opinión técnica y en su momento oportuno resolver jurídicamente la presente indagatoria”*; entre otras, recibió las comparecencias de V y Q obtenidas mediante exhorto; asimismo, a través de oficio de 4 de mayo de 2017 solicitó nuevamente a la CONAMED emitiera dictamen médico; sin embargo, mediante oficio de 20 de mayo de 2017 esa dependencia le informó que le hacía falta información, por lo que sus actuaciones de 2 y 21 de junio, 10 de julio, 14 de agosto, 14 de septiembre, 12 de octubre, todas del 2017, así como 1 de junio de 2018, fueron encaminadas a solicitar la comparecencia de un médico particular que llevó el control prenatal de V. Al respecto, se pudo observar que dicho médico compareció el 6 de junio de 2018, sin que a la fecha de la última consulta de la AP2, que fue el 11 de julio de 2018, obre en esa indagatoria otra actuación por parte de AR5.

114. Así las actuaciones de AR5 en la AP2 de 18 de enero, 21 de febrero, 21 de marzo, 28 de abril y 15 de mayo, todas de 2018, fueron tendentes a la obtención de documentación por parte del IMSS y la localización de AR1 y AR2, sin que haya obtenido resultados positivos.

115. Si bien es cierto AR5 ha realizado continuamente diversas diligencias para la obtención de las evidencias que le solicita la CONAMED para emitir su dictamen, también hay que señalar que ha transcurrido aproximadamente 1 año y 4 meses

tratando de solventar esa situación sin lograrlo. De la consulta realizada por esta Comisión Nacional a la AP2 se pudo conocer que el 6 de junio de 2018, finalmente AR5 obtuvo la comparecencia del médico particular que llevó el control prenatal de V; sin embargo, hasta el 11 de julio de 2018 no había realizado alguna otra actuación. En ese sentido, se considera que las actuaciones son poco diligentes para la investigación del delito y dejan a las víctimas en total incertidumbre respecto del derecho que tiene toda persona a que se le procure justicia pronta y expedita.

116. Del análisis al conjunto de las constancias que integran la AP2 se desprende que desde su radicación, el 25 de agosto de 2015 a julio de 2018, han transcurrido aproximadamente 2 años y 10 meses sin que la AP2 haya sido determinada, pues, como ha quedado establecido, existen periodos de inactividad y falta de diligencia en las actuaciones que deberían tener la finalidad de allegarse de los elementos de prueba necesarios para determinar la AP2 y de ser el caso judicializar el expediente a la autoridad jurisdiccional.

117. Al respecto, en el *“Segundo Informe Especial de la Comisión Nacional de Derechos Humanos sobre el ejercicio efectivo del derecho fundamental a la seguridad en nuestro país”*, emitido en 2008, se advierte que *“la investigación de los delitos y persecución de los probables responsables no puede diferirse en el tiempo de manera ilimitada, debido a que la imposibilidad material para obtener los elementos de prueba para acreditar la probable responsabilidad del indiciado se diluye conforme transcurre el tiempo, y es por ello que el límite de actuación de los servidores públicos se encuentra en la posibilidad real de allegarse nuevos elementos de juicio, de lo contrario, mantener una investigación abierta sin que se realicen las diligencias pertinentes puede arrojar información poco confiable sobre la eficacia con la que se desempeñan las instancias de procuración de justicia, sobre todo cuando el paso del tiempo es el principal enemigo de las investigaciones. Existe, por tanto, la necesidad de tener un control estricto de las actuaciones que realizan los distintos servidores públicos en torno a la averiguación previa, ya que*

*omitir una diligencia o bien practicarla de forma inapropiada puede traer graves consecuencias en el desarrollo del procedimiento”.*²⁶

118. De igual manera, en la Recomendación General 16, “*Sobre el Plazo para resolver una Averiguación Previa*”, emitida por este Organismo Nacional el 21 de mayo de 2009, se estableció que “...se considera oportuno insistir en la necesidad de establecer límites claros a las facultades del agente del Ministerio Público respecto del trámite que ha de dispensar a la averiguación previa, a partir de criterios que incorporen la jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, la cual hace referencia a la fijación de un plazo razonable para el cierre de una investigación, que debe tomar en cuenta las siguientes circunstancias: a) la complejidad del asunto; b) la actividad procedimental de los interesados; c) la conducta de las autoridades investigadoras, principalmente de la policía judicial, científica, investigadora o ministerial; d) la afectación que genera el procedimiento en la situación jurídica del probable responsable, la víctima o el ofendido”.²⁷

119. Por lo anterior, se concluye que AR4 al tener largos periodos de inactividad durante la integración de la AP2, y AR5 al no actuar de manera diligente dentro de esa indagatoria, dejaron de observar lo dispuesto en el artículo 21, párrafo primero y segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como 62, fracciones I y VI y 63, de la Ley Orgánica de la PGR, al haber incumplido con sus obligaciones en el desempeño de su cargo e incurrir en responsabilidades de acuerdo con la citados ordenamientos, trasgrediendo en consecuencia el derecho humano de las víctimas en este caso de Q y V, del adecuado acceso a la justicia, previsto en el artículo 17 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como en el diverso 8.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos.

²⁶ Numeral 3, párrafo cuarto.

²⁷ CNDH. Página 6, párrafo dos.

- **Responsabilidad**

120. Como ha quedado acreditado en la presente Recomendación, la responsabilidad de AR1, radica en que a las 15:00 horas de 12 de marzo de 2013, durante la primera valoración que realizó a V, omitió tomar en cuenta los cambios cervicales (borramiento) como datos orientativos para el ingreso de la paciente al servicio de tococirugía para su valoración, tampoco tomó las medidas necesarias para establecer las condiciones en la que se encontraba el producto de la concepción, aun cuando tuvo conocimiento durante la valoración que realizó a V, ese mismo día a las 19:00 horas, que presentaba una “*circular simple de cordón a cuello*” incumpliendo con lo establecido en la NOM-007-SSA2-1993.

121. Asimismo, ha quedado de manifiesto que AR2 incurrió en dilación en la atención médica que proporcionó a V, porque no llevó a cabo una correcta vigilancia del trabajo de parto; además, dejó transcurrir 1 hora sin valorar a V después de su ingreso al servicio de tococirugía, de manera que la atención médica prestada a V tampoco tuvo la calidad requerida en la prestación del servicio público.

122. Igualmente, AR1 y AR2 incumplieron las obligaciones contenidas en los artículos 7 y 8, fracciones I, VI, XVIII y XXIV, de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, vigente al momento en que ocurrieron los hechos, que preveía 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.

123. AR3 debió evitar dilación en el trámite de la denuncia realizada por Q, realizando las diligencias pertinentes para acreditar un hecho presuntamente delictivo y acordar la radicación de la averiguación previa para su remisión a la autoridad competente; no obstante, con su omisión incumplió con la normatividad supracitada.

124. Por su parte, AR4 al tener largos periodos de inactividad durante la integración de la AP2, y AR5 al no actuar de manera diligente dentro de esa indagatoria, dejaron de observar además, los artículos 109, fracciones II y IX, del Código Nacional de Procedimientos Penales, y 7, fracción XXVI de la Ley General de Víctimas, al haber incumplido con sus obligaciones en el desempeño de su cargo e incurrir en responsabilidades de acuerdo con la citados ordenamientos, trasgrediendo en consecuencia el derecho humano de las víctimas en este caso de Q y V, del adecuado acceso a la justicia.

125. 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, formule denuncia ante el agente del Ministerio Público de la Federación en contra de AR1 y AR2 con motivo de la atención médica proporcionada a V; y queja ante el Órgano Interno de Control en el IMSS, a fin de que se inicie e integre el procedimiento administrativo de investigación correspondiente.

126. No se omite señalar que al estar frente a la pérdida de un producto en gestación se considera que la infracción cometida por AR1 y AR2 es grave, por lo que la prescripción para imponer la sanción correspondiente es de 5 años y no de 3 años como se determinó en el Procedimiento Administrativo; lo anterior, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 13 y 34 de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos vigente al momento que ocurrieron los hechos. Al respecto, aunque el artículo 13 de la Ley citada señala los casos en los que se consideran infracciones graves, en el que no se encuentra de forma explícita la hipótesis ante la que nos encontramos, lo cierto es que la Suprema Corte de Justicia de la Nación se ha pronunciado en el sentido de que dicho precepto no establece de manera limitativa las conductas que pueden calificarse como graves

por la autoridad sancionadora.²⁸ Por lo anterior, el servidor público del Órgano Interno de Control del IMSS en Chiapas que determinó la prescripción, no siendo ésta procedente, también incumplió lo establecido por los artículos 7 y 8, fracciones I, VI, XVIII y XXIV, de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas citada.

Reparación del daño.

127. Una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño, derivado de la responsabilidad institucional, consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente, empero, otra vía es el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, 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, prevé la posibilidad de que al evidenciarse una violación a los derechos humanos atribuible a un servidor público del Estado, la Recomendación que se formule a la dependencia pública deberá 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 hubieran ocasionado, para lo cual el Estado deberá investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley.

128. 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, 65 inciso c), 73 fracción V, 74, 88, fracción II, 96, 97, fracción I, 110, fracción IV, 111, fracción I, 112, 126, fracción VIII de la Ley General de Víctimas y 38 a 41 (compensación a víctimas de violación a derechos humanos cometidas por autoridades federales) y demás aplicables del *“Acuerdo del Pleno por el que se emiten los Lineamientos para el funcionamiento*

²⁸ Jurisprudencia administrativa *“Responsabilidades Administrativas de los Servidores Público. El antepenúltimo párrafo del Artículo 13 de la Ley Federal relativa, no establece limitativamente las conductas que pueden calificarse como graves por la autoridad sancionadora.”* Segunda Sala, Semanario Judicial de la Federación, septiembre de 2009, y registro 166295.

del Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral”, de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas al acreditarse violaciones a los derechos humanos, se deberá inscribir a V y Q en Registro Nacional de Víctimas, cuyo funcionamiento está a cargo de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas a fin de que tengan acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, para ello, este Organismo Nacional remitirá copia de la presente Recomendación a dicha instancia.

129. De conformidad al artículo 4° de la referida Ley General de Víctimas, en el presente caso, Q adquiere la calidad de víctima indirecta, con motivo del vínculo familiar existente en su calidad de esposo de V, el cual propicia que sea susceptible de sufrir un impacto en su esfera psicosocial, con motivo de las posibles alteraciones en su entorno y en su vida familiar, generadas a partir de los hechos analizados en el presente pronunciamiento, por lo que deberá ser considerado para efectos de la determinación de la reparación integral del daño, así como su inscripción en el Registro Nacional de Víctimas.

I. Medidas de Rehabilitación.

130. La rehabilitación busca facilitar a la víctima hacer frente a los efectos sufridos por las violaciones de derechos humanos. Para reparar el daño causado a la víctima y, deberá considerarse el daño psicológico que sufrió V y Q por la pérdida del producto en gestación, por lo que se le tiene que localizar y tener un acercamiento con los mismos para determinar la atención psicológica y tanatológica que sea indispensable, la que deberá ser proporcionada por profesionales especializados hasta la total rehabilitación de los familiares. Esta atención deberá ser gratuita y brindarse en un lugar accesible.

II. Garantías de no repetición

131. Consisten en implementar las medidas que sean necesarias para conseguir que los hechos violatorios de derechos humanos no se repitan. De conformidad con ello, se considera necesario que implementen medidas específicas para que los servidores públicos de esa institución no repitan situaciones como las mencionadas

en este documento, debiendo impartir en el plazo de tres meses contados a partir de la notificación de la presente Recomendación, un curso de capacitación y formación en materia de derechos humanos con perspectiva de género, específicamente en el tema de violencia obstétrica, así como del conocimiento, manejo y observancia de las NOM-007-SSA2-2016, *“Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida”* 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.

132. Asimismo, en el plazo de treinta días se emitan las medidas administrativas de prevención y supervisión que permitan garantizar que los expedientes clínicos que se generen con motivo de la atención médica que brindan los servidores públicos del Hospital General de Zona 1 de Tapachula, Chiapas, se encuentren debidamente integrados, conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional, así como en las normas oficiales mexicanas correspondientes. De igual manera, deberán emitir una circular dirigida al personal médico del Hospital General de Zona 1, de Tapachula, Chiapas, en la que se les exhorte 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, enviando pruebas a esta Comisión Nacional que acredite su cumplimiento.

133. Por su parte, la PGR y la Fiscalía de Chiapas deberán impartir, en el plazo de tres meses siguientes a la notificación de la presente Recomendación, un curso integral a los Ministerios Públicos Federación y del Fuero Común adscritos al Estado de Chiapas, respectivamente, sobre capacitación y formación en derechos humanos, en específico en los derechos humanos de las víctimas de violaciones a los derechos a la protección de la salud, la importancia de la atención inmediata por la autoridad competente, y al acceso a la justicia, en su modalidad de procuración,

para lo cual deberán enviar las constancias que acrediten las medidas implementadas para tal efecto.

134. Además, la Fiscalía de Chiapas, deberá emitir, en el plazo de un mes, una circular dirigida a los Ministerios Públicos del fuero común, en la que se les instruya que cuando conozcan de asuntos de orden federal, practiquen oportunamente las diligencias pertinentes para acreditar el hecho delictivo y acuerden la radicación de la carpeta de investigación respectiva, para su remisión a la autoridad competente, enviando a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

III. Satisfacción.

135. Las medidas de satisfacción tienen la finalidad de reconocer y restablecer la dignidad de las víctimas; de acuerdo con lo dispuesto por los artículos 27, fracción IV y 73, fracción V, de la Ley General de Víctimas, se puede realizar mediante la aplicación de sanciones judiciales o administrativas a las autoridades y servidores públicos responsables de violaciones a derechos humanos.

136. Con respecto a los puntos recomendatorios dirigidos al IMSS, en los que se indica la colaboración en las investigaciones derivadas de la denuncia que realizó Q ante la Fiscalía de Chiapas y que fue remitida a la Procuraduría General de la República, contra los servidores públicos involucrados en los hechos motivo de la presente Recomendación; y en la presentación de la denuncia de hechos que este Organismo Nacional formulará ante el Agente del Ministerio Público de la Federación en contra del personal médico involucrado y, en la queja que se presentará ante el Órgano Interno de Control en el IMSS en contra del AR1 y AR2, así como del personal que incurrió en las omisiones señaladas en la integración del expediente clínico, esa autoridad deberá informar las acciones y colaboración que efectivamente se realicen, atendiendo los requerimientos de esas instancias de forma oportuna y completa, y se informe a esta Comisión Nacional la determinación que en su momento se emita. De igual manera, deberá incorporar copias de la

presente Recomendación en los expedientes laborales de AR1 y AR2, debiendo enviar las constancias de su cumplimiento.

137. En el presente caso, la Procuraduría General de la República deberá remitir las constancias que acrediten la práctica de diligencias que sean legal y materialmente necesarias para la investigación de la denuncia de hechos que este Organismo Nacional formulará ante el Agente del Ministerio Público de la Federación en contra del personal médico involucrado. Asimismo, esta Comisión Nacional presentará queja ante la Visitaduría General de la PGR en contra de AR4 y AR5, por lo que se deberán aportar todos los elementos necesarios en el procedimiento administrativo de investigación, incluyendo copia de la presente Recomendación. La copia de dicho documento también deberá ser incorporada en el expediente personal de los citados servidores públicos; para lo cual deberá remitir las constancias que así lo acrediten.

138. La Fiscalía de Chiapas, deberá colaborar con la queja que se promueva ante su Órgano Interno de Control e incorporar copia de la presente Recomendación en el expediente personal de AR3 para constancia de las violaciones a los derechos humanos en las que participó; en ambos casos, deberá remitirse a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

IV. Compensación.

139. La compensación consiste en reparar el daño causado, sea material o inmaterial. Por ello, también se considera necesario que ese Instituto otorgue una indemnización o compensación, con motivo de la responsabilidad en que incurrió el personal médico del Hospital General de Zona 1, de Tapachula, Chiapas, involucrado en los hechos que derivaron en la pérdida del producto en gestación; con base en las consideraciones planteadas en esta Recomendación y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

140. Se deberá inscribir a V y Q, en el Registro Nacional de Víctimas, en términos de los artículos 1, 2, fracción I, 7, fracciones II, VI, VII y VIII, 8, 26, 27, 88, fracción

II, 96, 106, 110, fracción V, inciso c), 111, 112, 126, fracción VIII, 130, 131 y 152 de la Ley General de Víctimas; por las violaciones a sus derechos humanos evidenciadas, como consecuencia de la responsabilidad en que incurrió el personal del HGZ1 en los términos descritos en esta Recomendación, remitiendo a este Organismo Nacional las pruebas con las que se acredite su cumplimiento.

En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos formula, respetuosamente, las siguientes:

V. RECOMENDACIONES

A Usted señor Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social:

PRIMERA. Se tomen las medidas necesarias para reparar integralmente el daño ocasionado a V y Q que incluya una indemnización o compensación y atención psicológica y tanatológica e inscribirlos en el Registro Nacional de Víctimas en términos de la Ley General de Víctimas, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Colaborar debidamente en las investigaciones derivadas de la denuncia que con motivo de los hechos presentó Q por ser AR1 y AR2 servidores públicos federales, y se remitan a este Organismo Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

TERCERA. Se colabore en la presentación de la denuncia de hechos que este Organismo Nacional formulará ante la Procuraduría General de la República en contra del personal médico involucrado, y se remita a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten dicha colaboración.

CUARTA. 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 del AR1 y AR2, así como del personal que incurrió en las omisiones

señaladas en la integración del expediente, y se remita a esta Comisión Nacional, las constancias que acrediten dicha colaboración.

QUINTA. Se incorporen copias de la presente Recomendación en los expedientes laborales de AR1 y AR2, y se envíen las constancias que acrediten su cumplimiento, para constancia de las violaciones a los derechos humanos, en agravio de V, debiendo enviar las constancias de su cumplimiento.

SEXTA: En el plazo de treinta días, se emitan las medidas administrativas de prevención y supervisión que permitan garantizar que los expedientes clínicos se encuentren debidamente integrados, conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional, así como en las normas oficiales mexicanas correspondientes, enviando a este Organismo Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SÉPTIMA. En el plazo de tres meses, se diseñe e imparta a personal del Hospital General de Zona 1, de Tapachula, Chiapas, un curso integral de capacitación y formación en materia de derechos humanos con perspectiva de género, específicamente en el tema de violencia obstétrica, 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.

OCTAVA. En el plazo de un mes, se emita una circular dirigida al personal médico del Hospital General de Zona 1, de Tapachula, Chiapas, en la que se le exhorte 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.

NOVENA. Se designe al servidor público 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.

A usted Titular de la Subprocuraduría Jurídica y de Asuntos Internacionales en Suplencia del Procurador General de la República:

PRIMERA. Se realicen las diligencias que sean legal y materialmente necesarias para la investigación de la denuncia de hechos que este Organismo Nacional formulará ante el Agente del Ministerio Público de la Federación en contra del personal médico involucrado y, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. 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 queja que esta Comisión Nacional presente ante su Visitaduría General, contra AR4 y AR5, al que debe agregarse copia de la presente Recomendación.

TERCERA. Se incorporen copias de la presente Recomendación en los expedientes personales de AR4 y AR5 para constancia de las violaciones a los derechos humanos, en los que están involucrados en agravio de V; debiendo enviar las constancias de su cumplimiento a este Organismo Nacional.

CUARTA. En el plazo de tres meses, se diseñe e imparta un curso integral a los Ministerios Públicos de la Federación adscritos al Estado de Chiapas, sobre capacitación y formación en derechos humanos, en específico, en los derechos a la protección de la salud y la importancia de la atención inmediata por la autoridad competente, con el objeto de evitar violaciones como las que dieron origen a este

pronunciamiento, y se remitan a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

QUINTA. Designar al servidor público 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.

A Usted Fiscal General del Estado de Chiapas:

PRIMERA. Colaborar ampliamente con esta Comisión Nacional en la queja que se promueva ante el Órgano Interno de Control en esa Fiscalía General, en contra de AR3, y se remitan a esta Comisión Nacional las evidencias que les sean solicitadas, así como las constancias que acrediten su cumplimiento.

SEGUNDA. Se incorporen copias de la presente Recomendación en el expediente personal de AR3, para constancia de las violaciones a los derechos humanos en las que participó, en agravio de V, debiendo enviar las constancias de su cumplimiento.

TERCERA. En el plazo de un mes, se emita una circular dirigida a sus agentes del Ministerio Público, en la que se les instruya que cuando conozcan de asuntos de orden federal, practiquen oportunamente las diligencias pertinentes para acreditar el hecho delictivo y acuerden la radicación de la carpeta de investigación respectiva, para su remisión a la autoridad competente, enviando las constancias que acrediten su cumplimiento.

CUARTA. Impartir un curso de capacitación y formación en materia de derechos humanos, poniendo énfasis en los derechos humanos de las víctimas de violaciones a los derechos a la salud y la importancia de la atención inmediata por la autoridad competente, el cual habrá de impartirse dentro de los tres meses siguientes a la notificación de la presente Recomendación, a los agentes del Ministerio Público del

Fuero Común en general, y a los adscritos en Tapachula, Chiapas, en particular, a fin de evitar que se repitan actos como los que dieron origen a la presente Recomendación, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

QUINTA. Se designe al servidor público 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.

141. 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.

142. 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.

143. 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.

144. 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

MTRO. LUIS RAÚL GONZÁLEZ PÉREZ