



**RECOMENDACIÓN NO. 22 /2021**

**SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA EN SU MODALIDAD DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA Y A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD DE V1 Y V3 EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA No.7 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN GUANAJUATO.**

**Ciudad de México, a 19 de abril de 2021**

**MTRO. ZOÉ ALEJANDRO ROBLEDO ABURTO  
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO  
MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

Distinguido Director General:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero, 102, Apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 3, primer 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 **CNDH/4/2019/3538/Q** y su acumulado **CNDH/4/2019/10359/Q**, relacionados con el caso de violaciones a los derechos humanos a una vida libre de violencia en su modalidad de violencia obstétrica y a la protección de la salud de V1, V2 y V3.

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 en términos de lo establecido en los artículos 4º, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; 78 y 147 de su Reglamento Interno; 68, fracción VI, y 116, párrafos primero y segundo, de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública; 3, 11, fracción VI, 16 y 113, fracción I, párrafo último, de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública; y 1, 6, 7, 16, 17 y 18 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados; dicha información se pondrá en conocimiento de la autoridad recomendada a través de un listado adjunto en que se describe el significado de las claves utilizadas, con el deber de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes.

3. Para una mejor comprensión del presente documento, las claves, denominaciones y abreviaturas utilizadas son las siguientes:

<b>Denominación</b>	<b>Claves</b>
Víctima	<b>V</b>
Familiar	<b>F</b>
Persona Servidora Pública	<b>SP</b>
Carpeta de Investigación	<b>CI</b>
Queja Administrativa	<b>QA</b>
Expediente laboral	<b>QL</b>

4. En la presente Recomendación la referencia a distintas leyes, normas, autoridades, instancias de gobierno y expedientes, 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	Abreviaturas
Corte Interamericana de Derechos Humanos	CrIDH
Suprema Corte de Justicia de la Nación	SCJN
Instituto Mexicano del Seguro Social	IMSS
Hospital General de Zona 7 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) situado en San Francisco del Rincón, Guanajuato	Hospital General
Unidad Médica de Alta Especialidad No. 48 en León, Guanajuato	UMAЕ No. 48
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	CPEUM
Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida	NOM-007-SSA2-2016

## I. HECHOS.

5. El 23 de abril de 2019, en la página de internet: [www.eluniversal.com.mx](http://www.eluniversal.com.mx), se publicó la nota periodística con el título: “*Mujer da a luz afuera de hospital del IMSS; esposo suplicaba que la atendieran*”, la cual relataba que, aproximadamente, a las 7:30 horas del 21 de abril de 2019, una mujer dio a luz en el acceso a las

instalaciones del Hospital General en Guanajuato, mientras su esposo le suplicaba a una trabajadora que la atendieran.

6. En la mencionada nota periodística se informó que “[...] *la pareja había llegado minutos antes a la clínica del Seguro Social, ubicada en el acceso a la ciudad, en donde se dirigió al mostrador para pedir atención [...]*” asimismo se detalló que “[...] *el padre comentó a la empleada de una ventanilla que era urgente que pasaran a su mujer, porque presentaba dolores fuertes y el niño estaba por nacer [...]* Al ver que la señora “estaba pariendo” el hombre comenzó a golpear la puerta de Urgencias y rompió los cristales, por lo que guardias privados se aproximaron a él para detenerlo [...]” (sic)

7. En la misma nota periodística se relató que, debido a lo ocurrido el personal de seguridad del IMSS llamó al servicio de emergencias 911, por lo cual elementos de la Policía Municipal acudieron a ese nosocomio y se llevaron detenido a V2, esposo de V1, puesto en libertad posteriormente, ya que el IMSS informó que no formalizó una denuncia en su contra e iniciaría una investigación de los hechos a fin de “*esclarecer lo acontecido y, en su caso, deslindar responsabilidades*”, la nota también señaló que tanto V1 como V3, se encontraban en buenas condiciones de salud y habían sido dadas de alta.

8. En razón de lo anterior, este Organismo Nacional acordó el 29 de abril de 2019, conforme al artículo 60 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, iniciar de oficio el expediente de queja CNDH/4/2019/3538/Q.

9. Adicionalmente, el 28 de octubre de 2019, se recibió en esta Comisión Nacional, por razón de competencia, el Expediente 1 iniciado en la Procuraduría de los Derechos Humanos del Estado de Guanajuato con motivo de la queja presentada por V1 y V2, por los hechos ocurridos el día 21 de abril de ese año, en ese Hospital General del IMSS, lo cual motivó el inicio del expediente de queja CNDH/4/2019/10359/Q.

10. Una vez analizados los expedientes de queja CNDH/4/2019/3538/Q y CNDH/4/2019/10359/Q, esta Comisión Nacional observó que los hechos expuestos en ambos versan sobre el caso de V1, V2 y V3, motivo por el cual mediante acuerdo del 29 de enero 2021, se determinó acumular el expediente de queja CNDH/4/2019/10359/Q, al diverso CNDH/4/2019/3538/Q.

11. Para la investigación de los hechos y la documentación de las posibles violaciones a derechos humanos, se realizaron las diligencias correspondientes, se obtuvieron informes del personal médico involucrado, copia de los expedientes clínicos de V1 y V3, entre otras documentales, cuya valoración lógico-jurídica es objeto de análisis en el capítulo de observaciones de la presente Recomendación.

## II. EVIDENCIAS.

12. Nota periodística publicada el 23 de abril de 2019, en el portal de “Internet” [www.eluniversal.com.mx](http://www.eluniversal.com.mx) titulada: “**Mujer da a luz afuera de hospital del IMSS; esposo suplicaba que la atendieran**”, en la que se difundió el caso de V1 y su bebé recién nacido, V3.

13. Acuerdo de Radicación de queja de oficio de 29 de abril de 2019, por el cual este Organismo Nacional determinó iniciar el expediente CNDH/4/2019/3538/Q.

14. Oficio V4/28448 de 13 de mayo de 2019, mediante el cual se solicitó al IMSS el informe sobre los hechos presuntamente violatorios.

15. Oficio 095217614C21/1309 de 30 de mayo 2019, mediante el cual el IMSS aportó la siguiente documentación:

15.1 Informe y resumen clínico suscrito por SP1, Director del Hospital General sobre los hechos motivo de la queja.

- 15.2** Informe y resumen clínico suscrito por SP1, Director del Hospital General sobre la detención de V2.
- 15.3** Hoja de alta hospitalaria de V1 de 21 de abril de 2019 del Hospital General.
- 15.4** Nota de atención médica en el área de urgencias de V1 de 21 de abril de 2019 a las 3:55 horas, signada por SP4.
- 15.5** Nota médica inicial de urgencias de V1 de 21 de abril de 2019 a las 7:05 horas, signada por SP4.
- 15.6** Notas de atención médica postparto de V1 elaboradas el 21 de abril de 2019.
- 15.7** Nota de atención médica de pediatría a V3 de 21 de abril de 2019.
- 15.8** Oficio con folio no. 110403200200/200/2019 de 30 de abril de 2019, signado por SP1 dirigido al agente del ministerio público de la federación.
- 16.** Oficio 095217614C21/1457, de 12 de junio de 2019, por el cual el IMSS remitió:
- 16.1** Informe de atención médica a V3 de 31 de mayo de 2019, signado por la Jefa de Neonatología de la UMAE No.48.
- 16.2** Expediente clínico integrado con motivo de la atención médica a V3 en la UMAE No. 48.
- 17.** Oficio SG/3749/19 de 16 de octubre de 2019, suscrito por el Secretario General de la Procuraduría de los Derechos Humanos del Estado de Guanajuato, mediante el cual remitió a esta Comisión Nacional, por razón de competencia, el Expediente 1, iniciado en esa instancia local con motivo de la queja formulada por V1 y V2.

**18.** Oficio 095217614C21/2989, de 28 de octubre de 2019, por el cual el IMSS comunicó el inicio del expediente de queja administrativa QA1 e indicó que la investigación correspondiente sería sometida a la aprobación de la Comisión Bipartita de la Comisión de Atención al Derechohabiente del H. Consejo Técnico.

**19.** Oficio 095217614C21/3074, de 4 de noviembre de 2019, por el cual el IMSS informó que, el 17 de septiembre de 2019, la aludida Comisión Bipartita del H. Consejo Técnico del IMSS emitió un Acuerdo *“en sentido improcedente”* en el caso de V1 y V3 en el cual concluyó que *“la atención en el HGSZ 7 fue de acuerdo a la Guía de Práctica Clínica, Vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo; egresó binomio estable a su domicilio”*.

**20.** Actas circunstanciadas de 29 de enero y 4 de febrero de 2020, en la que se hicieron constar las llamadas telefónicas que personal de este Organismo Autónomo sostuvieron con el Abogado Investigador adscrito a la Jefatura de Atención a Quejas en materia de Derechos Humanos del IMSS encargado del caso en las cuales le solicitaron los informes de las personas servidoras públicas que estuvieron presentes cuando ocurrieron los hechos materia de la queja, así como los resultados de la investigación laboral que se indicó se iniciaría al respecto.

**21.** Oficio 095217614C21/415, de 11 de febrero de 2020, por el cual el IMSS remitió los informes que el personal médico adscrito a la UMAE No. 48, del Hospital de Gineco-Pediatría del Centro Médico Nacional del Bajío del IMSS rindió sobre la atención de V3.

**22.** Oficio No. 095217614C21/470, de 17 de febrero de 2020, signado por la Jefa del área de la Dirección Jurídica de la Unidad de Atención al Derechohabiente, remitió:

**22.1** Oficio No. 11A16061-4100/841/2019, de 26 de diciembre de 2019, firmado por SP8, Titular de la Jefatura de Servicios Jurídicos de la Delegación Estatal

Guanajuato mediante el cual informó el resultado de la investigación laboral por los hechos.

**23.** Oficio No. FEMDH/DGPCDHQI/DAQI/3969/2020 de 19 de noviembre de 2020, a través del cual la Fiscalía Especializada en materia de derechos humanos de la Fiscalía General de la República informa sobre la carpeta de investigación CI, adjuntando los siguientes oficios:

**23.1** Oficio No. 046/2020 dirigido al encargado de despacho de la Fiscalía General de la República en el Estado de Guanajuato, a través del cual informan sobre la integración de la carpeta de investigación CI.

**24.** Correo electrónico, del 20 de enero de 2021, signado por SP10, a través del cual informa las razones del porque no puede obtener el relato de los hechos ocurridos el 21 de abril de 2019, por parte del personal del Hospital General.

**25.** Acta Circunstanciada de fecha 22 de enero de 2021, en la que se hizo constar la entrevista realizada por personal de esta Comisión Nacional a V1 y V2 sobre los hechos del 21 de septiembre de 2019.

**26.** Acuerdo de 27 de marzo de 2018, por medio del cual este Organismo Nacional determinó la acumulación del expediente CNDH/4/2019/10359/Q al CNDH/4/2019/3538/Q.

### **III. SITUACIÓN JURÍDICA.**

**27.** En relación con la detención de V2, esposo de V1, éste refirió en entrevista con personal de esta Comisión Nacional, que al ver que su hija había nacido afuera del hospital, de inmediato la levantó del piso, suplicando que atendieran a su esposa e hija, pero al ver que nadie del personal acudía, comenzó a golpear la puerta del área de Urgencias hasta que se rompió el cristal. Fue hasta ese momento que el



personal del Hospital General apareció y tomó de sus brazos a V3 para ser atendida; asimismo, ingresaron a su esposa y él se quedó afuera del hospital.

**28.** Después de unos minutos, llegaron los policías del municipio, quienes le informaron que tenían que llevarlo detenido para que pagara el cristal que rompió, por lo que lo subieron a una patrulla y, posteriormente, fue ingresado en una celda, trascurridos aproximadamente 45 minutos, una licenciada le informó que el IMSS no presentaría denuncia por haber roto el vidrio y sería puesto en libertad.

**29.** La misma licenciada le informó a V2 que debido a que no habían atendido a su esposa en el Hospital General y su hija nació afuera del área de urgencias, podía presentar una denuncia ante el Ministerio Público Federal, por lo que fue llevado a esta instancia para relatar lo ocurrido, quedando registrada la denuncia en la Fiscalía General de la República en la Unidad de San Francisco del Rincón, Guanajuato, por el delito de Responsabilidad Profesional en la Carpeta de Investigación CI, la cual actualmente se encuentra en integración.

**30.** Respecto de la detención de V2, SP1 director del Hospital General, informó mediante oficio del 24 de mayo de 2019, que el 21 de abril del mismo año, el día de los hechos, se comunicó con la oficial calificadoras en turno a quien le solicitó que se dejara en libertad a V2, ya que no se presentó cargo alguno.

#### **IV. OBSERVACIONES.**

**31.** En atención a los referidos hechos y evidencias contenidas en el expediente CNDH/4/2019/3538/Q y su acumulado CNDH/4/2019/10359/Q, conforme al artículo 42 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, este Organismo Nacional encuentra elementos de convicción suficientes que acreditan la vulneración a los derechos humanos 1. Una vida libre de violencia obstétrica y 2. Protección a la salud, en agravio de V1, V2 y V3; ello de acuerdo a las siguientes consideraciones.

## **A. DERECHO A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA DE V1.**

**32.** La Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, prevé en los artículos 35, 46 fracciones II y X, y 49, la responsabilidad del Estado para “[...] *la prevención, atención, sanción y erradicación de la violencia contra las mujeres [...]; “[b]rindar por medio de las instituciones del sector salud de manera integral e interdisciplinaria atención médica y psicológica con perspectiva de género a las víctimas”, y “[a]segurar que en la prestación de los servicios del sector salud sean respetados los derechos humanos de las mujeres”.*

**33.** Dicha ley, en su artículo 18, define la Violencia Institucional como “[L]os actos u omisiones de las y los servidores públicos de cualquier orden de gobierno que discriminen o tengan como fin dilatar, obstaculizar o impedir el goce y ejercicio de los derechos humanos de las mujeres, así como su acceso al disfrute de políticas públicas destinadas a prevenir, atender, investigar, sancionar y erradicar los diferentes tipos de violencia”.

**34.** Esta Comisión Nacional en su Recomendación General 31/2017 “Sobre la violencia obstétrica en el Sistema Nacional de Salud” define a la violencia obstétrica, como “[u]na modalidad de la violencia institucional y de género, cometida por prestadores de servicios de la salud, por una deshumanizada atención médica a las mujeres durante el embarazo, parto o puerperio que le genere una afectación física, psicológica o moral, que incluso llegue a provocar la pérdida de la vida de la mujer o, en su caso, del producto de la gestación o del recién nacido, derivado de la prestación de servicios médicos negligentes o deficientes, abuso de medicalización y patologización de procedimientos naturales, entre otros”<sup>1</sup>.

**35.** La Oficina del Alto Comisionado en México estableció que: “[l]a violencia obstétrica es aquella ejercida por las y los profesionales de la salud sobre el cuerpo

---

<sup>1</sup> Párr. 94.

*y los procesos reproductivos de las mujeres. Se trata de un tipo de violencia invisibilizada, no desapercebida obviamente pues las mujeres la padecen, la sienten. La violencia obstétrica se manifiesta de distintas maneras, incluyendo malos tratos, humillaciones, insultos, amenazas, en algunos casos golpes; negación o rechazo para el acceso a servicios, el abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, entre otras formas de evidente discriminación y desvalorización del embarazo y parto”<sup>2</sup>.*

**36.** La Comisión Interamericana de Derechos Humanos, en su informe sobre “Acceso a Servicios de Salud Materna desde una Perspectiva de Derechos Humanos”, ha enfatizado que es “[...] deber de los Estados garantizar el derecho a la integridad física, psíquica y moral de las mujeres en el acceso a servicios de salud materna en condiciones de igualdad, implica la priorización de recursos para atender las necesidades particulares de las mujeres en cuanto al embarazo, parto y periodo posterior al parto, particularmente en la implementación de intervenciones claves que contribuyan a garantizar la salud materna, como la atención de las emergencias obstétricas”<sup>3</sup>.

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

---

<sup>2</sup> Sala de prensa. Derechos sexuales y reproductivos. Los derechos sexuales y reproductivos están relacionados con la libertad de las personas a decidir sobre su sexualidad y el ejercicio libre de la misma. Martes, 06 Mayo 2014. Disponible en:

[http://www.hchr.org.mx/index.php?option=com\\_k2&view=item&id=622:derechossexuales-y-reproductivos&Itemid=268](http://www.hchr.org.mx/index.php?option=com_k2&view=item&id=622:derechossexuales-y-reproductivos&Itemid=268)

<sup>3</sup> CIDH. 7 de junio de 2010, párrafo 84.

*fundamentales de las mujeres, descritos en las normas y principios internacionales de derechos humanos”<sup>4</sup>.*

**38.** El Comité CEDAW reiteró en 2018 al Estado Mexicano su preocupación por las denuncias de actos de violencia obstétrica por parte del personal médico durante el parto<sup>5</sup>, por lo que recomendó se armonicen las leyes federales y estatales para calificar la violencia obstétrica como una forma de violencia institucional y por razón de género, de conformidad con la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, y garantice el acceso efectivo a la justicia y a medidas integrales de reparación a todas las mujeres víctimas de la violencia obstétrica<sup>6</sup>.

**39.** La Relatora especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias de la ONU, en el informe “Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica” de 2019, realiza recomendaciones sobre la forma en que los estados pueden combatir y prevenir el maltrato y la violencia obstétrica, específicamente para prevenirla los estados deben ello:

*“d) Garantizar en la ley y en la práctica el derecho de la mujer a estar acompañada por una persona de su elección durante el parto;*

*e) Considerar la posibilidad de permitir el parto en casa e impedir la penalización de dicha modalidad de parto;*

*f) Supervisar los centros de salud y recopilar y publicar anualmente datos sobre el porcentaje de cesáreas, partos vaginales, episiotomías y otros servicios de salud reproductiva;*

---

<sup>4</sup> “Introducción”, párrafo 4.

<sup>5</sup> Comité CEDAW. Observaciones finales sobre el noveno informe periódico de México. 2018. Práf. 41 d.

<sup>6</sup> Ídem. Párr. 42.d).

*g) Aplicar los instrumentos de derechos humanos de la mujer y las normas de la OMS sobre una atención materna respetuosa, la atención durante el parto y la violencia contra la mujer;*

*h) Supervisar los centros de salud y recopilar y publicar datos sobre el porcentaje de cesáreas, episiotomías y otros tratamientos relacionados con el parto y la atención obstétrica;*

*i) Dar respuesta a la falta de anestesia y alivio del dolor, la imposibilidad de elegir la posición de parto y la falta de respeto en la atención sanitaria.”<sup>7</sup>*

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

#### **A.1 Violación al Derecho a una vida libre de violencia obstétrica.**

**41.** V1, en entrevista con personal de esta Comisión Nacional, indicó que, desde la noche del 20 de abril de 2019, comenzó a sentir dolores cada media hora, que se fueron haciendo cada vez más fuertes, por lo que el 21 de abril del mismo año salieron ella, su esposo V2 y su suegra, F1, a las 3 de la madrugada al Hospital General, donde fue revisada por SP4, médico ginecólogo, a las 3:55 horas.

---

<sup>7</sup> Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, Dubravka Šimonović, Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica, 11 de julio de 2019, A/74/137. Párr. 81.

**42.** Una vez que revisó a V1, le informó que todo se encontraba bien, ya que contaba sólo con un centímetro de dilatación, aún no había roto membranas y debía regresar entre las 10 y 11 de la mañana, por lo que le dejaba cita abierta en el área de Urgencias.

**43.** Debido a las indicaciones dadas por el ginecólogo a V1, regresaron a su domicilio, ubicado a 10 minutos del Hospital General, donde intentó descansar, pero el dolor era cada vez más fuerte y las contracciones eran más frecuentes entre sí, llegando a ser cada 5 minutos, por lo que aproximadamente a las 6:15 horas le pidió a su esposo, V2, la llevara nuevamente al Hospital General.

**44.** Aproximadamente a las 6:25 horas llegaron al Hospital General, V1 entregó su carnet del IMSS a la persona que estaba en la recepción, quien le indicó que esperara a ser llamada para ser revisada; pasaron más de 10 minutos y nadie salió por ella, por lo cual V1 y V2 insistieron varias ocasiones por la atención, ya que los dolores de parto eran cada vez más fuertes, pero no veían a las enfermeras o al personal médico. Fue cuando V1 sintió “muchas ganas como de ir al baño” por lo que entró al sanitario, donde estuvo un rato y no pasaba nada, pero los dolores eran más fuertes y seguidos. Tanto V1 como V2 coincidieron que durante este lapso pasaron más de 10 minutos.

**45.** A pesar de que insistían V2 y F1 tocando en la recepción y en la puerta del área de Urgencias para que atendieran rápido a V1, seguía sin aparecer alguna persona del hospital. V1 sentía más fuerte los dolores, por lo que se paró en la puerta de Urgencias que se encontraba cerrada, ahí suplicó que la dejaran entrar, desesperada tocó varias veces, sin que le abrieran. Entonces sintió que su bebé ya estaba naciendo y gritó suplicando que la dejaran entrar una vez más, pero no le abrieron ni se presentó alguna persona del Hospital, fue cuando se bajó el pantalón que traía puesto, sintiendo como nacía su hija, V3, la cual cayó con la cabeza golpeándose en el suelo.

**46.** En ese momento, V2 desesperado levantó a su hija del piso y comenzó a golpear con el pie la puerta de urgencias, cuando se rompió el vidrio; hasta ese momento personal Hospital General apareció, por lo que V1 entró para ser atendida y V2 entregó a V3, al personal médico. Desde que llegaron al Hospital y nació V3, calculan que pasaron más de 20 minutos.

**47.** V1 comentó que, al ingresar, mientras la revisaban, escuchó que una enfermera comentó con voz baja que “claro que no la iban a atender si estaban dormidos”, después le realizaron un tacto vaginal, el cual fue muy doloroso, por lo que la sedaron. Ese mismo día fue dada de alta.

**48.** Mientras tanto, V2, fue detenido por policías municipales debido a que había roto el vidrio de la puerta de Urgencias; posteriormente fue puesto en libertad, por la falta de presentación de denuncia del IMSS. V2 señaló que durante este tiempo se sentía angustiado y muy preocupado por saber cómo se encontraban su hija V3, y esposa, V1.

**49.** Debido a la manera en que V3 nació y el golpe de la cabeza que sufrió, fue trasladada a la UMAE No. 48 en la ciudad de León, Guanajuato, siendo acompañada por su abuela F1, ya que se habían detenido a V2.

**50.** De las constancias recabadas, se encontró que, en relación a los hechos, el director del Hospital General, SP1, en su informe señaló que la trabajadora social, SP2 le informó vía telefónica a las 7:32 horas del 21 de abril de 2019, que se encontraban rotos los vidrios de la puerta principal de Urgencias. “Al parecer por esposo de derechohabiente, que se encontraba en trabajo de parto activo, esto secundario a un probable retraso en la atención”.

**51.** Señaló que también, se comunicó con la Asistente Médica, SP3, “[...] *quien informó que se trataba de V1, la cual había sido atendida a las 3:55 horas del mismo día, siendo valorada por el Médico Ginecólogo, SP4. [...] posteriormente se presentó a las 6:45 horas, conforme a lo escrito en la nota médica de SP4, de las 7:05 horas, la cual dice. "Nos solicitan en área de urgencias acuda a valorar a paciente que tocando y forcejeando la puerta de urgencias, quebrada por esposo a golpes por parto fortuito en la entrada del área de urgencias, ingresando por parte de personal de enfermería de urgencias a bebé que nació en área de urgencias. Por nuestra parte valoramos a paciente puérpera presencia de placenta aun en cavidad y sangrado transvaginal secundario a parto fortuito. Indicamos se ingrese al área de toco cirugía para revisión de cavidad bajo anestesia con paciente estable y producto de la gestación atendido por pediatra [...]" (sic).*

**52.** SP1, además informó que V1 fue dada de alta ese 21 de abril a las 21:55 horas al evolucionar adecuadamente. Lo que coincide con el relato de ella.

**53.** Sobre los hechos materia de la queja, el Director del Hospital General también señaló que dentro de las irregularidades se encuentra que SP3 “*no se encontraba en su área de trabajo para la recepción de la paciente durante su segundo ingreso y no se haya percatado del estado de salud de la paciente y de la necesidad de una atención inmediata, no verifica la seguridad de la paciente y el producto, además de no permitir el acceso al servicio de urgencias. Con respecto a SP5, médico Urgenciólogo de guardia, SP6, auxiliar de enfermería y SP7 Enfermera especialista, a pesar de estar en el área de Urgencias no se percataron de la necesidad de atención de la paciente, además de los anteriores se observa que se presentan posibles irregularidades por no haber recibido y valorado a la paciente al presentarse a Urgencias a través de una atención inmediata en lugar de esperar a que acudiera el Ginecólogo a valorarla, por lo que se solicita se realice investigación laboral a los trabajadores y se deslinden las responsabilidades. Ya que se observa*



*que hubo inoportunidad en la atención de la derechohabiente, quedando vulnerable el binomio madre”.*

**54.** De las constancias analizadas y descritas, se observó que V1 no fue ingresada al Hospital General una vez que llegó, lo que llevó a que diera a luz afuera de la puerta de Urgencias. Esto, a pesar de las constantes insistencias y súplicas por la atención por parte de ella, V2 y F1.

**55.** Se considera que conforme al informe de SP1, sí se encontraba personal dentro del Hospital General cuando arribaron las víctimas a solicitar atención médica para V1 entre las 6:15 y 7:00 horas (momento en que elaboraron la nota médica del parto). Lo que llevó a que V3, naciera sin condiciones de salubridad adecuada, sin asistencia médica o de enfermería; que incluso generó tuviera un golpe en la cabeza en su inicio de vida extrauterina. Esta clara omisión de atención médica a V1 durante el parto, constituye violencia obstétrica.

**56.** Dados los tiempos, entre la hora aproximada de arribo de las víctimas y del nacimiento de V3, existe una alta probabilidad de que ésta pudo haber nacido dentro del hospital, si se hubiera dado el ingreso por parte del personal del Hospital General.

**57.** La violencia obstétrica ejercida en contra de V1, no debe limitarse a la falta de atención médica durante el parto, también debe considerarse el daño emocional que se generó a la pareja integrada por V1 y V2, quienes angustiados suplicaron en varias ocasiones la atención médica y el daño emocional ante el nacimiento de V3 en la puerta de Urgencias cayendo al suelo.

**58.** Por lo tanto, de los hechos descritos, así como de las evidencias recabadas, esta Comisión Nacional acredita que se ejerció violencia obstétrica en agravio del binomio materno fetal de V1 y V3, al omitir proporcionarle una atención médica

materna integral con oportunidad y calidad, exponiéndola con sus acciones a circunstancias innecesarias con efectos como los que se presentaron.

## **A.2 Violación a la obligación de investigar la violencia contra las mujeres en su modalidad de violencia obstétrica.**

**59.** La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, Belém do Pará, establece como parte de las obligaciones del estado ante la violencia contra las mujeres dentro del artículo 7.b, el deber de actuar con la debida diligencia para prevenir, investigar y sancionar la violencia contra la mujer.

**60.** Bajo tal tesitura, la CrIDH ha reiterado que la debida diligencia en la investigación se traduce en que ésta debe “[...] *emprenderse con seriedad y no como una simple formalidad condenada de antemano a ser infructuosa. Debe tener un sentido y ser asumida por el Estado como un deber jurídico propio y no como una simple gestión de intereses particulares, que dependa de la iniciativa procesal de la víctima o de sus familiares o de la aportación privada de elementos probatorios, sin que la autoridad pública busque efectivamente la verdad*”<sup>8</sup>.

**61.** En el artículo 4°, incisos c) y f) de la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, se estableció el deber de los Estados de “[p]roceder con la debida diligencia a fin de prevenir, investigar y, conforme a la legislación nacional, castigar todo acto de violencia contra la mujer (y) elaborar enfoques de tipo preventivo y todas las medidas de índole jurídica, política, administrativa y cultural que puedan fomentar la protección de la mujer contra toda forma de violencia [...]”.

**62.** La Ley General de Acceso de los Mujeres a una vida libre de violencia en el artículo 20, correspondiente a la violencia institucional, señala que: “*Para cumplir con su obligación de garantizar el derecho de las mujeres a una vida libre de*

---

<sup>8</sup> CrIDH. “Caso Godínez Cruz Vs. Honduras”, sentencia de 20 de enero de 1989 (fondo). Párr. 188.

*violencia, los tres órdenes de gobierno deben prevenir, atender, investigar, sancionar y reparar el daño que les inflige”.*

**63.** Respecto del deber de investigar la violencia obstétrica, la CIDH ha exhortado a *“los Estados a documentar, investigar y sancionar las formas emergentes de violencia contra las mujeres, niñas y adolescentes, como el acoso sexual y laboral, la violencia obstétrica, la violencia que toma lugar en el ámbito de las tecnologías y de Internet, la trata de personas, entre otras”*<sup>9</sup>.

**64.** Esta Comisión Nacional en la Recomendación General 31/2017, Sobre la Violencia Obstétrica en el Sistema Nacional de Salud, señaló que en *“[...] En un escenario de violencia obstétrica, la investigación debe tomar en cuenta las obligaciones que debió cumplir y atender el médico en una ocasión específica, de acuerdo con la ciencia, la ética y la norma; además de las conductas realizadas por cuestiones de género y que transgredieron los derechos humanos e integridad de la mujer”*<sup>10</sup>.

**65.** La SCJN se pronunció en el sentido de que *“[e]l derecho de la mujer a una vida libre de discriminación y de violencia se traduce en la obligación de toda autoridad de actuar con perspectiva de género, lo cual pretende combatir argumentos estereotipados e indiferentes para el pleno y efectivo ejercicio del derecho a la igualdad [...] Estas medidas incluyen un adecuado marco jurídico de protección, una aplicación efectiva del mismo, así como políticas de prevención y prácticas para actuar eficazmente ante las denuncias”*<sup>11</sup>.

---

<sup>9</sup>Comunicado de prensa: En el Día Internacional de la Mujer, la CIDH exhorta a los Estados a abstenerse de adoptar medidas que signifiquen un retroceso en el respeto y garantía de los derechos de las mujeres, <http://www.oas.org/es/cidh/prensa/Comunicados/2018/044.asp>

<sup>10</sup> Práf. 86.

<sup>11</sup> Tesis aislada *“Derecho de la mujer a una vida libre de discriminación y violencia. las autoridades se encuentran obligadas a adoptar medidas integrales con perspectiva de género para cumplir con la debida diligencia en su actuación”*. Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación. Semanario Judicial de la Federación, mayo de 2015, registro 2009084.

**66.** En el presente caso, se observa que el IMSS informó a medios de comunicación y a esta Comisión el inicio de una investigación sobre los hechos ocurridos la madrugada del 21 de abril de 2019, por la omisión en la atención del parto de V1 y nacimiento de V3.

**67.** Dando inicio al expediente QA1, que fue sometido a la Comisión Bipartita de Atención al Derechohabiente del Consejo Técnico del IMSS, la cual resolvió el 17 de septiembre de 2019 en sentido improcedente al concluir como Consideración Médica que “[...] *la atención en el [Hospital General], fue de acuerdo a la Guía de Práctica Clínica Vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo, egresó binomio estable a su domicilio [...]*”

**68.** Como parte de la misma resolución se hace referencia a la atención médica proporcionada en el Hospital General a V1 a las 3:55 horas y a las 7:05 horas del 21 de abril de 2019, analizando las notas médicas de los expedientes clínicos de madre e hija (V1 y V3).

**69.** Del estudio de los informes presentados por el IMSS, esta Comisión Nacional observó que el análisis realizado por la Comisión Bipartita fue de los expedientes clínicos de atención a V1 y V3. Sin que se encontraran evidencias del análisis de la falta de atención médica durante el parto que constituye por si misma violencia obstétrica y de lo cual al ser una omisión no se encontrará la evidencia en los expedientes clínicos.

**70.** Tampoco se encuentra el análisis del riesgo de sepsis por la falta de condiciones de salubridad al nacer afuera de la puerta de entrada del área de Urgencias, para el binomio materno-fetal, ni que la atención proporcionada en la UMAE No. 48 fue para dar seguimiento médico por parte de un neurólogo pediatra al golpe que recibió en la cabeza V3 al nacer.

**71.** Sobre la investigación, el IMSS envió oficio el 22 de agosto de 2019 en que se comunicó el caso al Jefe del Departamento de Servicios Jurídicos de la Delegación de Guanajuato con el fin de llevar a cabo la investigación laboral.

**72.** Respecto del testimonio de las personas que estuvieron presentes el 21 de abril de 2019 en el Hospital General, estos fueron solicitados de manera reiterada por esta Comisión Nacional, inicialmente el 13 de mayo de 2019 al pedir el informe sobre los hechos mediante brigada de trabajo con el IMSS los días 29 de enero y 4 de febrero de 2020 y en llamada telefónica el 9 de diciembre del mismo año. No obstante, la insistencia realizada por esta Comisión Nacional al IMSS, éstos no fueron enviados.

**73.** Sin embargo, sí presentó los informes del personal de pediatría de la UMAE No. 48 que atendió a V3 durante la atención médica posterior a su nacimiento.

**74.** El 17 de febrero de 2020, mediante oficio No. 095217614C21/470, signado por la Jefa de Área de la Dirección Jurídica de la Unidad de Atención al Derechohabiente, remitió el oficio No. 11A16061-4100841/2019 del 26 de diciembre de 2019 firmado por SP8, titular de la Jefatura de Servicios Jurídicos de la Delegación Estatal Guanajuato, el cual proporcionó información sobre el expediente laboral QL1 al director del Hospital General, señalando que:

*“[...] la asistente médica, [SP3], [número de matrícula] a l no estar presente en su puesto de trabajo y considerarse como probable incumpliendo de obligaciones plasmadas en el Contrato Colectivo de Trabajo, así como la Enfermera General, [SP9], [número de matrícula], quien recibió del familiar el carnet de citas de la paciente y no dio un debido seguimiento en pasar a la derechohabiente y avisar al personal médico, por lo que se considera un incumplimiento de obligaciones como trabajadora de urgencias. No obstante, tales irregularidades se consideran como no graves, por lo que se considera pertinente turnar los antecedentes del caso a la Subcomisión Mixta Disciplinaria*

*para que a través de dicho organismo se apliquen a las citadas trabajadoras las sanciones que consideren pertinentes”.*

**75.** El 20 de enero de 2020, se recibió un correo electrónico por parte del personal del IMSS, en que reenvían el mail del 23 de diciembre de 2020 de SP10, Coordinador Técnico de Quejas e Información Pública, Delegación Guanajuato, a través del cual informó que:

*“[l]as declaraciones, informe o testimonios del personal médico y administrativo del Hospital General no es factible recabarlos por las siguientes circunstancias:*

*"En el presente caso no fue factible recabar la declaración, informe o testimonio del personal médico y administrativo del [Hospital General], debido a las siguientes circunstancias:*

*➤ En términos del artículo 55 y 55 Bis del Contrato Colectivo de Trabajo en vigor, se implementó la realización de Investigación Laboral para recabar la declaración los empleados del Instituto involucrados en el presente caso.*

*➤ En virtud de que en su momento no se consideró no grave la irregularidad atribuida, se determinó por parte del área de Investigaciones laborales no citar a los involucrados y turnar para a la Subcomisión Mixta Disciplinaria su conocimiento y sanción.*

*➤ La subcomisión mixta determinó no citar a los involucrados, debido a que se encontraba prescrito el caso.” (sic)*

**76.** Esta respuesta fue presentada por el IMSS, a pesar de que la investigación por parte de dicho Instituto se inició inmediatamente a los hechos ocurridos el 21 de abril de 2019 y de que esta Comisión Nacional solicitó el primer informe conforme al procedimiento de integración de expedientes el 13 de mayo de 2019.

**77.** La falta de presentación de los informes individuales de todo el personal del Hospital General involucrado en los hechos impide conocer su versión

directamente, por lo que ante esta falta de respuesta, conforme al artículo 38 de la Ley de la CNDH los hechos del 21 de abril de 2019 se consideran como ciertos.

**78.** Adicionalmente, con ambas respuestas elaboradas por personal de la Jefatura de Servicios Jurídicos de la Delegación Guanajuato (oficio y correo electrónico), esta Comisión Nacional advierte que la omisión de proporcionar atención médica a V1 durante el parto de V3, se consideró como una irregularidad “*no grave*” y que la investigación careció de perspectiva de género, debido a que no se tomaron en cuenta los riesgos a los que se sometieron al binomio materno-fetal, el estrés y la angustia que generó a V1, V2 y F1 el nacimiento en un lugar inadecuado, insalubre y sin atención médica de V3. Por tanto, estas resoluciones carecen de perspectiva de género pues dejaron de investigar la violencia contra las mujeres, como lo es la violencia obstétrica.

**79.** Esta Comisión Nacional observa con preocupación que en ocasiones la violencia obstétrica ha sido normalizada por personal médico y administrativo del sector salud. La normalización de estas prácticas en las instituciones de salud redundan en violaciones a los derechos humanos de las mujeres.

**80.** En otras ocasiones, la violencia contra las mujeres se minimiza y por lo tanto no se investiga adecuadamente. En el presente caso, en la investigación realizada por el IMSS no se analizó la violencia obstétrica cometida contra V1, durante el parto de V3, ni las omisiones en la atención médica como un acto de violencia contra las mujeres y se limitó a analizarlo como hechos meramente laborales y administrativos sin considerar que V1, V2 y F1 solicitaron el servicio en el Hospital General, en varias ocasiones y que V1 suplicaba la atención, sin que nadie respondiera su solicitud.

**81.** Conforme a estas consideraciones, este Organismo Constitucional concluye que el personal del IMSS del Hospital General, la Comisión Bipartita de Atención al

Derechohabiente del Consejo Técnico del IMSS y la Jefatura de Servicios Jurídicos son responsables por la violación al derecho a una vida libre de violencia en agravio de V1, previsto en los artículos 1, 3, 4, 7, incisos a) y b), y 8, inciso a), de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer “Convención de Belém Do Pará”, así como lo establecido en los artículos 18, 46, fracciones I, II, III y X, 51, fracción II, de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, en relación con el diverso 59, fracciones I, II y III de su Reglamento.

## **B. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD.**

**82.** El derecho a la protección de la salud está establecido por diversos instrumentos internacionales, como en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que reconoce el referido derecho al más alto nivel posible de salud. A manera de completar las obligaciones que implican este derecho, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas en su Observación General 14 “*Derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*”, tutelado en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, determinó que tal derecho no solamente implica obligaciones de carácter negativo o de abstención que impidan la efectividad del derecho a la salud, si no que el Estado y las instituciones de salud deben abstenerse de impedir el acceso a las personas para obtener atención médica adecuada que garantice un alto nivel de salud<sup>12</sup>.

---

<sup>12</sup> “[...] el derecho a la salud impone tres tipos o niveles de obligaciones a los Estados Partes: la obligación de respetar, proteger y cumplir [...] La obligación de respetar exige que los Estados se abstengan de injerirse directa o indirectamente en el disfrute del derecho a la salud”. ONU, Observación General N° 14 “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”: del 11 de agosto de 2000, párr. 33.



**83.** La ONU, a través del Tercer Objetivo de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030, sobre “*Salud y bienestar*”, se ha pronunciado en el sentido de “[g]arantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”<sup>13</sup>.

**84.** Por su parte, el artículo 10 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo Adicional), “[...] establece que toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social”<sup>14</sup>, así como el derecho a disfrutar “de los servicios de salud en todas sus formas y niveles”<sup>15</sup>, por lo que para garantizarlos, el Estado debe brindarlos con calidad, entendiendo ésta como “la exigencia de ser apropiados médica y científicamente”<sup>16</sup>.

**85.** También la Convención para Erradicar todas las Formas de Discriminación contra las Mujeres (CEDAW), en su artículo 12.1, indica la obligación para que se adopten todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres. Complementariamente, en el último párrafo alienta a los Estados Partes a ocuparse de cuestiones relacionadas con la salud de la mujer a lo largo de toda la vida de ésta.

**86.** Por su parte el numeral 4 de la CPEUM, en su cuarto párrafo, reconoce que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, definiendo la normatividad

---

<sup>13</sup> ONU, CEPAL, Objetivos de Desarrollo Sostenible. “*Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Una oportunidad para América Latina y el Caribe*”. Tercer Objetivo, Meta 3.1, pág. 13.

<sup>14</sup> CrIDH. “*Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador*”. Sentencia de 22 de noviembre de 2007. Fondo, Reparaciones y Costas, párr. 117.

<sup>15</sup> SCJN. Jurisprudencia administrativa, “*Derecho a la Salud. Su protección en el artículo 271, segundo párrafo, de la Ley General de Salud*”. Semanario Judicial de la Federación, abril de 2009 registro 167530.

<sup>16</sup> *Ídem*.

nacional a la salud, como “*un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*”.

**87.** Es importante que se considere la interdependencia de este derecho, ya que su violación tendrá consecuencias directas, en otros derechos, a una vida digna, a la integridad personal, entre otros. Esta Comisión Nacional ha señalado que la protección a 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.<sup>17</sup>

**88.** Esta Comisión Nacional reconoce que el derecho a la protección de la salud debe entenderse como la prerrogativa de exigir al Estado un sistema capaz de proteger y velar por el restablecimiento de la salud, y que “[...] *el desempeño de los servidores públicos de las instituciones es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se garantice; la efectividad del derecho a la protección de la salud demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de: disponibilidad accesibilidad, (física, económica y acceso a la información) aceptabilidad, y calidad*”<sup>18</sup>.

### **B1. Derecho a la salud materna e infantil.**

**89.** El Comité CEDAW de la Organización de las Naciones Unidas, en su Recomendación General N° 24 “La mujer y la salud”, señaló que “*el acceso a la atención la salud, incluida la salud reproductiva, es un derecho básico previsto en la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la*

---

<sup>17</sup> CNDH. Recomendaciones 52/2020, párr. 42; 49/2020, párr. 22; 45/2020, párr. 52; 23/2020, párr. 36; 47/2019, párr. 34; 26/2019, párr. 36; 21/2019, párr. 33; 77/2018, párr. 22; 1/2018, párr. 17; 56/2017

<sup>18</sup> CNDH. Recomendación General 15 “Sobre el derecho a la protección de la salud”, de 23 de abril de 2009, párrafo 24, pág. 7.

mujer”<sup>19</sup> y que “[e]s obligación de los Estados Partes garantizar el derecho de la mujer a servicios de maternidad gratuitos y sin riesgos y a servicios obstétricos de emergencia, y deben asignarse a esos servicios el máximo de recursos disponibles”<sup>20</sup>.

**90.** Por su parte, el Comité de los Derechos del Niño en la Observación General N° 15, “Sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud”, reconoció que: “[e]ntre los principales determinantes de la salud, la nutrición y el desarrollo del niño, cabe mencionar la realización del derecho de la madre a la salud y el papel de los progenitores y otros cuidadores. Un número considerable de fallecimientos de lactantes tiene lugar en el período neonatal, como consecuencia de la mala salud de la madre antes del embarazo, en el curso de este, después de él y en el período inmediatamente posterior al parto [...]”<sup>21</sup>.

**91.** A nivel internacional se ha contemplado el tema de niñez y salud como parte del tercer Objetivo de Desarrollo Sostenible, de la Agenda 2030 de la Organización de las Naciones Unidas, para: “[g]arantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”; dicha agenda ha hecho un llamado a volcar esfuerzos en una “[e]strategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente”<sup>22</sup>, garantizando su salud y bienestar.

**92.** En el ámbito regional, la CIDH, en su informe “Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos”, ha enfatizado que es “[...] deber de los Estados garantizar el derecho a la integridad física, psíquica y moral de las mujeres en el acceso a servicios de salud materna en condiciones de igualdad, implica la priorización de recursos para atender las necesidades particulares de las mujeres en cuanto al embarazo, parto y/o periodo posterior al

---

<sup>19</sup> Ibidem Párrafo 1.

<sup>20</sup> Ibidem. Párrafo 27.

<sup>21</sup> Observación General No.15 sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24). CRC/C/GC/15, 17 de abril de 2013, párr. 18.

<sup>22</sup> ONU. “Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente” (2016-2030), 2015.

*parto, particularmente en la implementación de intervenciones claves que contribuyan a garantizar la salud materna, como la atención de las emergencias obstétricas*<sup>23</sup>.

**93.** Al respecto, se considera necesario recordar la importancia que representa la salud materna para el bienestar del producto, pues tal como ha sido sostenido en la Recomendación General 31/2017, Sobre la Violencia Obstétrica en el sistema de salud, “[...] existe una interconexión entre los derechos tanto de la mujer como del producto de la gestación, es decir, que la vulneración del derecho a la protección de la salud de uno de ellos incide en el otro”<sup>24</sup>, por lo que “[a]l existir esta interrelación del binomio materno-infantil, el personal médico debe observar una serie de procedimientos normados para la atención, entre los que destacan el uso del enfoque de riesgo, 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 deben, mantener una adecuada vigilancia obstétrica para detectar y prevenir los factores de riesgo en el binomio materno-fetal”<sup>25</sup>.

## **B.2 Omisión de proporcionar atención médica durante el parto de V1.**

**94.** Sobre la atención médica proporcionada por SP4 a las 3:55 horas, se observa que esta fue adecuada y que dejó abierta cita a Urgencias. Fue enviada a casa, debido a que presentaba únicamente un centímetro de dilatación y 50% de borramiento.

**95.** Conforme a los relatos recuperados de las notas periodísticas, de las entrevistas realizadas por personal de esta Comisión Nacional a V1 y V2, se observa que el

---

<sup>23</sup> CIDH. Informe “Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos”, 7 de junio de 2010, párr. 84.

<sup>24</sup> CNDH. Observación General no. 31/2017 “Sobre la violencia obstétrica en el sistema de salud”, de 31 de julio de 2017, párr. 180.

<sup>25</sup> *Ibíd.*, párr. 181.

personal del Hospital General omitió proporcionar atención médica durante el parto a V1.

**96.** De las constancias que integran el expediente se constató que dentro de las instalaciones del Hospital General se encontraba personal médico, enfermería y de seguridad en la madrugada del 21 de abril de 2019. Se comprueba con la primera ocasión que V1 y V2 acudieron, siendo atendida V1 a las 3:55 horas por SP4; a su vez, SP1, el Director del hospital, proporcionó un listado del personal que se encontraba el día y hora de los hechos. Por lo que la falta de atención no se debió a falta de personal, sino que este personal no cumplió con su obligación de garantizar el derecho a la salud de V1 y V3.

**97.** El parto fortuito de V1, pudo haberse evitado si el personal del Hospital General hubiera realizado el debido ingreso de V1 a las instalaciones, pues se habría proporcionado la atención médica necesaria ante la urgencia que se presentaba.

**98.** Es importante recalcar que un parto fortuito *“incrementa el riesgo de presentar complicaciones maternas y perinatales, específicamente hemorragia posparto; trauma obstétrico, hipotermia e hipoglucemia neonatales. El mayor riesgo de complicaciones se debe a las condiciones insalubres del lugar donde se atiende el parto, a que frecuentemente es atendido por personas no calificadas para la atención obstétrica y a la pérdida de oportunidad en la atención médica hospitalaria en el caso de presentarse alguna complicación”*.<sup>26</sup>

**99.** Se destaca que desde el arribo a las 6:25 horas de V1, V2 y F1 al Hospital General en la segunda ocasión al momento del parto, a las 6:45 horas, pasaron aproximadamente 20 minutos. Tiempo en que se pudo ingresar a V1 para su atención médica urgente.

---

<sup>26</sup> Villanueva-Egan LA, Morales-Andrade E, Lezana-Fernández MÁ. Parto fortuito: definiciones, características y resultados. Elementos para su análisis en México. Rev CONAMED. 2014;19 (2), Pág. 68.

**100.** En este lapso, dio tiempo a que V1 acudiera al baño varios minutos y solicitaran insistentemente la atención inmediata. V1 señaló que suplicaba angustiada una y otra vez que la atendieran, ya que sentía que su bebé iba a nacer, por lo que caminó a la puerta de Urgencias para que le abrieran, pero no la atendieron, fue cuando nació V3.

**101.** Como se mencionó SP4, de la atención proporcionada a V1 a las 3:55 horas del 21 de abril de 2019, estableció cita abierta a Urgencias, lo cual no fue considerado por el personal de recepción que recibió el carnet de citas de V1 a aproximadamente las 6:20 horas del mismo día.

**102.** Esta Comisión Nacional, constata que el personal del Hospital General omitió proporcionar la atención médica durante el parto de V1.

### **B.3 Atención Médica de V3.**

**103.** Después de que nació V3 en la puerta de Urgencias del Hospital General y de que su padre, V2, la levantara del suelo y rompiera el vidrio de dicha puerta, el personal de enfermería y médico acudió, por lo que fue ingresada para atención, donde fue valorada por personal de pediatría quienes determinaron trasladar a V3 a la UMAE No. 48 con el diagnóstico de parto fortuito y traumatismo craneo encefálico.

**104.** Durante el traslado fue acompañada por F1, ya que V2 se encontraba detenido. Una vez que arribó V3 a la UMAE. No. 48 fue valorada por neurocirugía pediátrica, se le realizaron radiografías sin que presentara datos de fractura o de trauma severo. También se le administró un esquema antibiótico para contrarrestar el riesgo de sepsis que presentaba debido al nacimiento sin condiciones de salubridad.

**105.** Debido a una buena evolución, V3 fue dada de alta el 23 de abril de 2019.

**106.** En razón de lo anterior, esta Comisión Nacional considera que la atención médica que recibió V3 una vez que nació fue adecuada.

**107.** Para este Organismo Nacional, los anteriores hechos constituyeron una violación al derecho a la protección de la salud de V1 y V3. De igual forma, se inobservaron los artículos 1º, párrafos primero y tercero, 4º, párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º, 2º, fracciones I, II y V; 3º, fracción IV, 23, 27, fracciones III y IV, 32, 51, primer párrafo, 61 fracción I, de la Ley General de Salud; 8º, fracciones I y II, 9º y 48, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica; el contenido de la Norma Oficial Mexicana 007- SSA2-1993, “Atención de la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido. Criterios y Procedimientos para la Prestación del Servicio” específicamente el punto 5.1.1.4, vigente durante los hechos que se analizan en el presente pronunciamiento.

**108.** Asimismo, el personal médico omitió observar los artículos 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 y 10.1, 10.2, inciso a), del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (“Protocolo de San Salvador”); 12.2 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW).

### **C. RESPONSABILIDAD INSTITUCIONAL.**

**109.** Como ha quedado acreditado en la presente Recomendación, el personal del Hospital General incurrió en responsabilidad en el desempeño de sus funciones, de acuerdo a las omisiones ya descritas en los apartados que anteceden, consistentes en violación a una vida libre de violencia obstétrica y al derecho a la protección a la salud en contra del binomio materno-fetal de V1 y V3.

**110.** Esta Comisión Nacional, considera que la falta de entrega de los informes individuales del personal del Hospital General sobre los hechos de la presente investigación suscitados el 21 de abril de 2019 por parte del IMSS, impide determinar específicamente quiénes cometieron las violaciones a los derechos de V1, V2 y V3.

**111.** En razón de lo anterior, con fundamento en el párrafo segundo del artículo 38 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos que a letra dice: *“La falta de rendición del informe o de la documentación que lo apoye, así como el retraso injustificado en su presentación, además de la responsabilidad respectiva, tendrá el efecto de que en relación con el trámite de la queja se tengan por ciertos los hechos materia de la misma, salvo prueba en contrario”*.

**112.** Asimismo, el personal del Hospital General es responsable por contravenir los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero, 4º, párrafo cuarto, Constitucional; 1º, 2º, fracciones I, II y V; 23, 27, fracción III, 32, 51, párrafo primero, y 61 fracción II, 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.

**113.** Con base en lo descrito en la presente recomendación se inicie el procedimiento administrativo de investigación correspondiente en contra del personal médico involucrado en los hechos, o bien, de ser el caso, se amplíe el que pudiera haberse iniciado con motivo de la vista que al momento de la recepción de la queja de V1 se dio por parte de ese mismo Instituto, cuyo trámite se suspendió acorde con la información proporcionada a este Organismo Nacional con motivo de la pandemia por COVID-19.

**114.** Consecuentemente, este Organismo Constitucional autónomo considera que existen evidencias suficientes para concluir que el personal del Hospital General inobservó los principios de disciplina, legalidad, objetividad, profesionalismo, honradez, lealtad, imparcialidad, integridad, rendición de cuentas, eficacia y



eficiencia que rigen el servicio público, previstos en el artículo 7 de la Ley General de Responsabilidades Administrativas.

**115.** De igual manera se inicie el procedimiento administrativo por la falta de envío a este Organismo Nacional de la información solicitada como parte de la integración del expediente de queja.

**116.** Conforme al párrafo tercero del artículo 1° Constitucional, *“todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley”*.

**117.** La promoción, respeto, protección y garantía de los derechos humanos reconocidos en el artículo citado, también se establecen en los distintos tratados y convenciones de derechos humanos suscritos por el Estado Mexicano. Por ello, su cumplimiento obligatorio no deriva sólo del mandato constitucional, sino también de los compromisos internacionales adquiridos, mediante la suscripción y/o ratificación de dichos tratados. El contenido de las obligaciones y las acciones que el Estado debe realizar para cumplirlas ha sido materia de diversos pronunciamientos por parte de los organismos internacionales de protección de los derechos humanos, como la CrIDH y aquellos que conforman el sistema de las Naciones Unidas.

**118.** Cuando el Estado incumple con esas obligaciones, faltando a la misión que le fue encomendada, en agravio de quienes integran su sociedad, es inevitable que se genere una responsabilidad de las instituciones que lo conforman, independientemente de aquella que corresponde de manera inmediata el despliegue de labores concretas para hacer valer esos derechos.

**119.** En el presente caso se observó la falta de investigación adecuada bajo el principio de debida diligencia con perspectiva de género de los hechos de violencia contra las mujeres en su modalidad de violencia obstétrica y la omisión de proporcionar la atención médica durante el parto de V1 y el nacimiento de V3.

#### **D. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO.**

**120.** Una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño derivado de la responsabilidad profesional e institucional, consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente, pero el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1, párrafo tercero, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 44, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 65 inciso c) de la Ley General de Víctimas, que prevén la posibilidad de que, al acreditarse una violación a los derechos humanos, atribuibles a un servidor público del Estado, la Recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan, para lograr la efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación de los daños y perjuicios que se hubieran ocasionado, para lo cual el Estado debe investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos establecidos en la Ley.

**121.** Para tal efecto, en términos de los artículos 1, párrafos tercero y cuarto, 2, fracción I, 7, fracciones I, III y VI, 26, 27, fracciones I, II, III, IV y V, 62, fracción I, 64, fracciones I, II y VII, 65 inciso c), 74, fracción VI, 75 fracción IV, 88, fracción II y XXIII, 96, 97, fracción I, 106, 110, fracción IV, 111, fracción I, 112, 126, fracción VIII, 130 y 131 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 del Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral”* de la CEAV,

publicado en el Diario Oficial de la Federación el 15 de enero de 2015 y el *“Acuerdo por el que se reforman diversas disposiciones del Acuerdo por el que se emiten los Lineamientos para el funcionamiento del Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral”*, publicado también en el Diario Oficial de la Federación del 4 de mayo de 2016, al acreditarse violaciones a los derechos humanos a una vida libre de violencia obstétrica y a la protección a la salud en agravio de V1 y V3. Se toma en cuenta a V2 como esposo y padre de las víctimas. Por lo que se deberá inscribir en el Registro Nacional de Víctimas a cargo de la CEAV, como víctimas de violaciones a derechos humanos con independencia de su calidad de víctimas del delito con que se les brinda acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral; para ello, este Organismo Nacional remitirá copia de la presente Recomendación a la citada Comisión Ejecutiva.

**122.** Siendo aplicable al caso, lo previsto en los artículos 18, 19, 20, 21, 22 y 23 de los *“Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del Derecho Internacional Humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones”*, aprobado por la Asamblea General de Naciones Unidas, así como diversos criterios de la CrIDH, ya que consideran en su conjunto que, para garantizar a las víctimas la reparación integral, proporcional a la gravedad de la violación y las circunstancias de cada caso, es necesario cumplir los principios de restitución, indemnización, rehabilitación, compensación, satisfacción y garantías de no repetición.

**a) Medidas de rehabilitación.**

**123.** Estas medidas se establecen para buscar facilitar a las víctimas hacer frente a los efectos sufridos por causa de las violaciones de derechos humanos, de conformidad con el artículo 21 de los Principios y Directrices, instrumento antes referido, la rehabilitación incluye *“la atención médica y psicológica, así como servicios jurídicos y sociales”*.

**124.** De manera inmediata, se deberá proporcionar la atención psicológica y/o psiquiátrica que requiera V1 y V2, por personal profesional especializado y de forma hasta que alcance su sanación psíquica y emocional, atendiendo a su edad y necesidades, en un lugar accesible para la víctima.

**b) Medidas de satisfacción.**

**125.** Las medidas de satisfacción tienen la finalidad de reconocer y restablecer la dignidad de la víctima; la satisfacción debe incluir, cuando sea pertinente y procedente, la totalidad o parte de las medidas siguientes: a) medidas eficaces para conseguir que no continúen las violaciones; b) la verificación de los hechos y la revelación pública y completa de la verdad; c) una declaración oficial que restablezca la dignidad, la reputación y los derechos de la víctima; d) una disculpa pública, y e) la aplicación de sanciones a los responsables de las violaciones.

**126.** Asimismo, como parte de las medidas de satisfacción, en el presente caso, ese Instituto deberá colaborar ampliamente con este Organismo Nacional en el trámite de la queja administrativa que se integre por el Órgano Interno de Control en el IMSS en contra del personal del Hospital General por las violaciones a los derechos humanos en que incurrieron y por la falta de entrega de información.

**c) Garantías de no repetición.**

**127.** Estas consisten en implementar las medidas que sean necesarias para conseguir que los hechos violatorios de derechos humanos no se repitan y contribuir a su prevención, por ello, el Estado debe adoptar todas las medidas legales y administrativas y de otra índole para hacer efectivo el ejercicio de los derechos de las víctimas. En este sentido, se recomienda se diseñen e impartan en el Hospital General, garantizando que todo el personal que estaba presente el día y hora de los hechos sea capacitado, los siguientes cursos de capacitación: a) Derecho a la protección de la salud, b) Derecho a una vida libre de violencia en su modalidad de

violencia obstétrica y la Recomendación General 31/2017. También se deberá proporcionar a todo el personal de la Jefatura de Servicios Jurídicos de la Delegación Estatal de Guanajuato los siguientes cursos de capacitación: a) Derechos de las mujeres, b) Violencia de Género y las obligaciones del estado, c) Violencia obstétrica su investigación y sanción; cursos que deberán ser efectivos para prevenir hechos similares a los que dieron origen a la presente Recomendación.

**128.** Todos los cursos serán impartidos por personal calificado, especializado y con experiencia demostrada en derechos humanos, con práctica en perspectiva de género y énfasis en el trato humanizado hacia las mujeres, a fin de sensibilizar al personal de salud. Los cuales deberán ser no menores a 20 horas y contar con los indicadores de gestión y evaluación que se apliquen al personal que los reciban en los cuales se refleje un impacto efectivo. También se deberá mencionar en cada curso que el mismo se imparte en cumplimiento de la presente Recomendación.

**129.** Estos cursos podrán realizarse a distancia por considerar la actual pandemia por COVID-19. Además, se deberá entregar a esta Comisión Nacional las evidencias de su impartición, entre las cuales deberán incluirse programas, objetivos, actividades, presentaciones, videos, documentos y materiales entregados, bibliografía, currículos de las personas facilitadoras, listas de asistencia, videos y evaluaciones, entre otros.

**130.** En un término menor de 2 meses contados a partir de la aceptación del presente pronunciamiento, se deberá emitir una circular dirigida al personal médico del Hospital General, en la que se exhorte al personal, en los casos que así proceda, a entregar copia de la certificación y recertificación que tramiten ante los Consejos de Especialidades Médicas, con la finalidad de que acrediten tener la actualización, experiencia y conocimientos suficientes para mantener las habilidades necesarias que permitan brindar un servicio médico adecuado y profesional.

**131.** Durante un mes después de la aceptación de la presente Recomendación, ésta deberá ser publicada en la página de intranet de la institución con el fin de que el personal tenga conocimiento del caso y esté en posibilidad de consultarla. También se deberá poner a la vista de las personas derechohabientes del Hospital General.

**132.** En un plazo de 12 meses deberá crear un Programa permanente para la prevención y atención de los casos de violencia obstétrica, conforme a los estándares establecidos en la presente resolución, en la Recomendación General 31/2017 de esta Comisión Nacional, así como las recomendaciones señaladas por la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, Dubravka Šimonović, en su informe a la Asamblea General de Naciones Unidas el 11 de julio de 2019 con el objetivo de aplicar las normas de la OMS sobre una atención materna respetuosa, la atención durante el parto y la violencia contra la mujer. También deberá incluir la supervisión de los centros de salud, recopilación y publicación de un informe anual sobre datos del porcentaje de cesáreas, partos medicalizados, partos vaginales, episiotomías y otros servicios de salud reproductiva proporcionados, y enviar a esta Comisión las evidencias respectivas.

**133.** En un plazo de un año se deberán realizar acciones tendentes a que la Comisión Bipartita del H. Consejo garantice los derechos humanos de las mujeres a través de la investigación y sanción de la violencia contra las mujeres con debida diligencia y perspectiva de género. Estas acciones deberán ser a través de la constante capacitación en la materia a todas las personas integrantes de dicha Comisión.

**d) Medidas de compensación.**

**134.** La compensación consiste en reparar el daño causado, sea material o inmaterial. Por ello, el IMSS en coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas deberá valorar el monto justo para que se otorgue una compensación a V1, V2 y V3 por la omisión de proporcionar la atención médica durante el parto en

las que incurrió el personal del Hospital General el 21 de abril de 2019, que constituyen violencia obstétrica, de conformidad con las consideraciones expuestas, para lo cual este Organismo Nacional remitirá copia de la presente Recomendación a la mencionada Comisión Ejecutiva a fin de que proceda conforme a sus atribuciones.

**135.** En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos se permite formular a usted señor Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social, las siguientes:

#### **V. RECOMENDACIONES.**

**PRIMERA.** En coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, y una vez que esta emita el dictamen correspondiente conforme a los hechos y responsabilidades descritas y acreditadas en la presente Recomendación, la autoridad recomendada procederá a la reparación del daño a V1, V2 y V3, en términos de la Ley General de Víctimas, así como se les inscriba en el Registro Nacional de Víctimas, a fin de que tengan acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral correspondiente y se les otorgue atención médica, psicológica y tanatológica, la provisión de medicamentos y que incluya compensación con base en las evidencias planteadas, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

**SEGUNDA.** Se colabore en la integración de la queja que el Órgano Interno de Control en el IMSS integre en contra del personal del Hospital General por las violaciones a los derechos humanos descritas y por la falta de entrega de información, y se envíen a esta Comisión Nacional las pruebas con que se acredite su cumplimiento. En caso de que el Órgano Interno de Control del IMSS determine responsabilidad administrativa del personal del Hospital General involucrado en los actos cometidos en contra V1, V2 y V3, inmediatamente se deberá anexar copia de

la presente Recomendación en los expedientes laborales de los servidores públicos, y se deberán enviar a esta Comisión Nacional las constancias respectivas.

**TERCERA.** En un plazo menor a 2 meses se emita una circular dirigida al personal médico del Hospital General en la que se les exhorte, en los casos que así proceda, a entregar copia de la certificación y recertificación que tramiten ante los Consejos de Especialidades Médicas, con la finalidad de que acrediten tener la actualización, experiencia y conocimientos suficientes para mantener las habilidades necesarias que permitan brindar un servicio médico adecuado y profesional, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

**CUARTA.** En un plazo no mayor a un mes de aceptada la presente recomendación se deberá publicar durante tres meses en el sitio web e intranet del IMSS el texto íntegro del texto de la Recomendación para el conocimiento del personal y de la población en general, remitiendo a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento. Así como poner a la vista de las personas derechohabientes del Hospital General.

**QUINTA.** En un plazo de 3 meses, se diseñen e impartan a todo el personal del Hospital General, los siguientes cursos de capacitación: a) Derecho a la protección de la salud, b) Derecho a una vida libre de violencia en su modalidad de violencia obstétrica y la Recomendación General 31/2017. También se deberá proporcionar a todo el personal de la Jefatura de Servicios Jurídicos de la Delegación Estatal Guanajuato los siguientes cursos de capacitación: a) Derechos de las mujeres, b) Violencia de Género y las obligaciones del Estado, c) Violencia obstétrica, su investigación y sanción; cursos que deberán ser efectivos para prevenir hechos similares a los que dieron origen a la presente Recomendación y los cuales podrán estar disponibles en la plataforma con que cuenta ese instituto o en su caso implementar las ligas de las diversas plataformas en donde podrán tomar las capacitaciones señaladas en la modalidad en línea; asimismo, deberá enviar a esta



Comisión Nacional las constancias establecidas para que acrediten su cumplimiento.

**SEXTA.** En un plazo de 12 meses deberá crear un Programa permanente para la prevención y atención de los casos de violencia obstétrica, conforme a los estándares establecidos en la presente Recomendación, así como lo señalado por la Recomendación General 31/2017 de esta Comisión Nacional, así como las recomendaciones señaladas por la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, Dubravka Šimonović, en su informe a la Asamblea General de Naciones Unidas el 11 de julio de 2019 con el objetivo de aplicar las normas de la OMS sobre una atención materna respetuosa, la atención durante el parto y la violencia contra la mujer. También deberá incluir la supervisión de los centros de salud, recopilación y publicación de un informe anual sobre datos del porcentaje de cesáreas, partos medicalizados, partos vaginales, episiotomías y otros servicios de salud reproductiva proporcionados, y enviar a esta Comisión las evidencias respectivas.

**SÉPTIMA.** Designar a la persona servidora pública de alto nivel de decisión que fungirá como enlace con esta Comisión Nacional, para dar seguimiento al cumplimiento de la presente Recomendación, y en caso de ser sustituida, deberá notificarse oportunamente a este Organismo Nacional.

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



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

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

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

**PRESIDENTA**

**MTRA. MARÍA DEL ROSARIO PIEDRA IBARRA**