COMISIÓN ESTATAL DE DERECHOS HUMANOS
SAN LUIS POTOSÍ

RECOMENDACIÓN No. 20/2020

SOBRE EL CASO DE VIOLACIÓN AL **DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD Y A LA VIDA** POR INADECUADA, INOPORTUNA E INCOMPLETA ATENCIÓN MÉDICA, **DERECHO A LA INFORMACIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD,** POR LA OMISIÓN DE INTEGRACIÓN CORRECTA DE EXPEDIENTE CLÍNICO, EN EL HOSPITAL GENERAL DE CIUDAD VALLES, QUE SE COMETIÓ EN AGRAVIO DE V1 Y VRNF.

San Luis Potosí, S.L.P, a 2 de diciembre de 2020

DRA. MÓNICA LILIANA RANGEL MARTÍNEZ
DIRECTORA GENERAL DE LOS SERVICIOS
DE SALUD DE SAN LUIS POTOSÍ

Distinguida Directora:

1. La Comisión Estatal de Derechos Humanos, con fundamento en los artículos 1, párrafos primero, segundo y tercero, y 102 apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 17 de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de San Luis Potosí; 3, 4, 7 fracción I, 26 fracción VII, 33 fracciones IV y XI, 137 y 140, de la Ley de la Comisión Estatal de Derechos Humanos, así como 111, 112, 113 y 114 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias contenidas en el expediente 2VQU-0152/2018 sobre el caso de violaciones a los derechos humanos cometidas en agravio de V1 y VRNF.

2. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 22 fracción I, de la Ley de la Comisión Estatal de Derechos Humanos, y 3, fracciones XVIII, XXXV y XXXVII de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de San Luis Potosí, y con el propósito de proteger los nombres y datos de las personas involucradas en la presente recomendación, se omitirá su publicidad. Esta información solamente se hará de su conocimiento a través de un listado anexo

que describe el significado de las claves utilizadas, con el compromiso de que dicte las medidas de protección correspondiente, y visto los siguientes:

I. HECHOS

3. Este Organismo Estatal inició la investigación por posibles violaciones a los derechos humanos de V1, en relación con la atención médica que recibió en el Hospital General de Ciudad Valles, con motivo de su embarazo.

4. V1 manifestó que el 8 de junio de 2018, aproximadamente a las 13:00 horas se presentó en Hospital Básico Comunitario de Ébano, toda vez que contaba con un embarazo de 9 meses de gestación y presentaba contracciones, por lo que fue referida al Hospital General de Ciudad Valles, San Luis Potosí, donde fue ingresada a las 18:00 horas, por su antecedente de cesárea previa.

5. V1 señaló que a las 02:00 horas del 9 de junio de 2018, le comunicó al personal médico del Hospital General de Ciudad Valles, que ya presentaba mucho dolor, al ser valorada se le indicó que reportaba una dilatación de 8 centímetros, pero que fue hasta las 06:00 horas que comenzó a gritar de dolor, por lo que la pasaron a la sala de expulsión para tener a su bebé, que le apretaban el abdomen para ayudar a salir al bebé, que el médico y la enfermera le hablaron al pediatra, y se le informó que su bebe nació con el cordón umbilical alrededor del cuello, y su estado de salud era grave.

6. El 11 de junio de 2018, se le informó que VRNF aún estaba muy grave, que tenía su cerebro inflamado, que sólo era cuestión de que hiciera efecto el medicamento y mejorara, al día siguiente se le dijo que si llegaba a sobrevivir su hijo presentaría una discapacidad, que se le estaba suministrado medicamento y se realizaban estudios y análisis, además de la valoración de un neurólogo pediatra.

7. El 9 de julio de 2018, V1 informó que el estado de salud de su hijo estuvo deteriorándose, y falleció ese mismo día, asentándose en el certificado de

defunción que el recién nacido identificado como VRNF, falleció a causa de estatus epiléptico, hemorragia intraventricular grado IV, asfixia neonatal severa, sepsis neonatal tardía sin germen aislado.

8. Para la investigación de la queja, se radicó el expediente 2VQU-0152/2018, dentro del cual se recopilaron datos y documentos relacionados con los hechos, se solicitó información a la autoridad señalada como responsable, se entrevistó a la víctima, testigos, se recabó expediente clínico, opinión médica, cuya valoración es objeto de análisis en el capítulo de Observaciones de la presente.

II. EVIDENCIAS

9. Acta circunstanciada de 13 de junio de 2018, en la que se personal de este Organismo hizo constar la comparecencia de V1, quien presentó queja en contra del personal del Hospital General de Ciudad Valles, por la inadecuada atención médica que recibió con motivo de su embarazo.

10. Acta circunstanciada de 27 de junio de 2018, en la que personal de este Organismo hizo constar la comparecencia de V1, quien informó que para el cuidado de la salud de su hijo se requería de un médico especialista en neurología pediátrica, que en ese entonces su hijo se encontraba intubado, por lo que esperaba que fuera atendido por un médico especialista en el Hospital General o ser trasladado a otro hospital de especialidad.

11. Acta circunstanciada de 9 de julio de 2018, en la que personal de este Organismo Estatal hizo constar comparecencia de V1, quien manifestó que el 27 de junio de 2018, le realizaron estudios de tomografía a su recién nacido, en el que concluyó la presencia de una hemorragia motivo por el cual su hijo no despertaba, ni podía respirar. El 1 de julio de 2018, se le informó que VRNF, estaba grave, pero nunca le dijo que el respirador no había funcionado, lo que complicó su salud.

11.1 El 3 de julio de 2018, se le informó que presentaba convulsiones, por lo que continuo con un estado de salud inestable, y el 9 de julio del mismo año se le informó que VRNF tenía problemas de salud graves y aunque se le había suministrado medicamento para el corazón aun así latía muy despacito, que, al pasar a verlo, VRNF falleció, por lo que lo desconectaron y le permitieron cargarlo.

12. Acta circunstanciada de 9 de julio de 2018, en la que personal de este Organismo hizo constar la comparecencia de Q1, padre de V1, quien manifestó que del 5 al 9 de julio de 2018, estuvo acompañando a su hija en el hospital General de Ciudad Valles, que el ese día le comunicaron que se presentara en el Hospital, donde le informaron que VRNF había fallecido, indicándole que al momento de nacer había asfixiado y había presentado convulsiones, que todo era porque en el trabajo de parto no atendieron inmediatamente a su hija.

13. Acta circunstanciada de 9 de julio de 2018, en la que personal de este Organismo hizo constar comparecencia de Q2, hermana de V1, quien manifestó que el 8 de junio de 2018, acompañó a su hermana al Hospital Básico Comunitario de Ébano, donde fue remitida al Hospital General de Ciudad Valles, toda vez que ya había tenido una cesárea, que a las 18:30 horas llegaron al área de urgencias del Hospital General de Ciudad Valles, en donde atendieron para quedarse internada, a las 02:00 horas del 9 de junio, le avisaron que no la encontraban en el hospital que estaba dormida que ni parecía que tenía dolores, pero que ya presentaba 8 centímetros de dilatación, a las 07:00 horas le informaron que el embarazo había estado bien, que el niño había nacido sin vida, que lo tuvieron que reanimar y se quedaría internado.

14. Oficio 003226 de 13 de julio de 2018, signado por el Director General del Hospital General de Ciudad Valles adscrito a los Servicios de Salud de San Luis Potosí, en el que rindió un informe sobre los hechos denunciados por V1, en el que informó:

14.1 Que el 8 de junio de 2018, aproximadamente a las 18:27 horas, acudió referida por personal médico del Hospital Básico Comunitario de Ébano con diagnóstico de embarazo de 40.5 semanas de gestación, trabajo de parto en fase latente más cesárea previa, quien inició con dolor cólico anterior, negó perdidas transvaginales y datos de vaso espasmos, con presencia de movimientos fetales, al realizar ultrasonido se encontró embarazo de 37 semanas de gestación, con peso estimado de 2600 gramos, índice líquido amniótico cualitativamente normal.

14.2 Que V1 fue ingresada al área de observación y modulo mater a fin de que en el área de expulsión del quirófano se atendiera el nacimiento del recién nacido, una vez que nació el producto del sexo masculino, se le ingresó a la unidad de cuidados intensivos neonatales derivado de que nació en paro cardiorrespiratorio procediéndose a la aplicación de adrenalina endotraqueal por parte de la pediatra, falleciendo el 9 de julio de 2018, siendo las causas del fallecimiento estatus epiléptico, hemorragia intraventricular grado IV, asfixia neonatal severa.

14.3 Que se atendieron a los pacientes de manera oportuna por el personal de enfermería y médico y que en todo momento se siguieron los protocolos marcados en las guías de práctica clínica para atención de los recién nacidos, utilizando también lo marcado en la Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA2-2002, Para la prevención y control de los defectos al nacimiento y demás siguiendo los protocolos señalados en la Norma Oficial Mexicana de Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y Recién nacido, Criterios y Procedimientos para la Prestación del Servicio.

14.4 A su informe adjunto resumen clínico de V1, de 8 de junio de 2018, en el que señaló que fue atendida por dos médicos generales, una médica partera, un ginecólogo, y una enfermera, con respecto a la atención brindada se señaló que V1, de 27 años de edad al área de Modulo Mater el 8 de junio de 2018, a las 18:27 horas. Referida del Hospital Básico Comunitario de Ébano con diagnóstico de 40.5 semanas de gestación por fecha de ultima regla, trabajo de parto en fase latente.

14.4.2 En el tratamiento integral se ingresó para vigilancia, se mantuvo en trabajo de parto con evolución favorable, se inició inducción de trabajo de parto con evolución favorable, se inició conducción de trabajo de parto a las 00:10 horas con 5 cm de dilatación, se realizó amniotomía a las 23:00 horas, se obtuvo liquido claro, se vigiló frecuencia cardiaca fetal, se mantuvo estable.

14.4.3 Con dilatación y borramiento completo de 2 horas de evolución se pasó a V1 a sala de expulsión para atención de parto, se realizó asepsia y antisepsia, se colocaron campos estériles, se dirigió pujo materno (...) y se obtuvo producto con circular de cordón, atónico. Se entregó al servicio de pediatría el cual inició maniobras de reanimación, se revisa cavidad vaginal sin encontrar desgarros, se sutura episiotomía medio-lateral con crómico 2-0, sin complicaciones y se da por terminado el evento obstétrico, con sangrado aproximado de 150cc. Se vigiló puerperio fisiológico y se decidió egreso de la paciente al 10 de junio de 2018.

14.4.4 Resumen clínico de la atención médica que recibió VRNF, recién nacido en el Hospital General de Ciudad Valles, en el que se asentó que se acudió a llamado de urgencia a la sala de expulsión el 9 de julio de 2018, a las 07:10 horas, encontrando a médico general y enfermera dando maniobras de reanimación a recién nacido el cual nació en paro cardiorrespiratorio procediéndose a la aplicación de adrenalina endotraqueal por parte de pediatra y se continuó con maniobras por diez a quince minutos recuperando frecuencia cardiaca por 120 latidos por minuto con tendencia a la recuperación. Se refiere producto de segunda gestación de madre de 27 años, con antecedente de cesárea 5 años antes. Recibió atención médica en la unidad de cuidados intensivos neonatales dada su condición crítica para manejo con ventilación mecánica, medicamentos y líquidos parenterales, instalación de catéter central y monitorización continua y estrecha, siendo su causa de egreso por fallecimiento el 9 de julio de 2018.

14.5 Certificado de defunción No. 180655337, expedido por la Secretaría de Salud, en el que se asentó que VRNF, recién nacido el 9 de junio de 2018, falleció a las 10:20 horas del 9 de julio de 2018, a causa de estatus epiléptico, hemorragia

intraventricular grado IV, asfixia neonatal severa, sepsis neonatal tardía sin germen aislado.

14.6 Certificado de nacimiento con folio 025723334, en el que se asentó que V1, dio nacimiento a VRNF, a las 06:33 horas del 9 de junio de 2018, por resolución de embarazo eutócico.

15. Copia del Expediente Clínico que se integró a V1, en el Hospital General de Ciudad Valles, respecto de la atención médica que recibió VI, de cuyas constancias destaca lo siguiente:

15.1 Formato de registro para la atención en el área Triage obstétrico, en el que personal médico asentó que V1, acudió el 8 de junio de 2018, a las 18:27 horas, quien pasó a valoración médica al presentar dolor obstétrico con dilatación de 3 centímetros.

15.2 Folio de revisión Modulo Mater de 8 de junio de 2018, en el que AR1, médico general asentó que V1, acudió por ser enviada de su Unidad de Salud con diagnóstico de embarazo de 40.5 semanas de gestación, cesárea previa, con inicio de dolor tipo cólico de un día, no perdidas transvaginales, no datos de vasoespasmos, con movimientos fetales presentes, frecuencia cardiaca fetal de 150, cérvix posterior de 3 cm de dilatación, 70% de borramiento, amnios integro, lo demás ilegible (Formato de sistema de referencia y contrarreferencia No. 32776) Al rastreo ultrasonido se encontró embarazo de 37 semanas de gestación, peso de 2600 gramos, ILA cualitativamente normal.

15.3 Hoja de registros de notas médicas de 8 de junio de 2018, que se realizó a las 19:45 horas por AR1, médico general, en la que se asentó que V1 de 27 años, pasó a sala de labor con vigilancia de actividad uterina por lo que se indicó reportar eventualidades.

15.3 Nota médica de 8 de junio de 2018, en la que personal médico asentó a las 21:40 horas que V1 se encontraba en labor de parto.

15.4 Nota médica de 9 de junio de 2018, en la que personal médico (Nombre ilegible) asentó que a las 00:10 horas, se requiere vigilancia de frecuencia cardiaca fetal y actividad uterina.

15.5 Nota médica de 9 de junio de 2018, en la que AR2, personal médico especialista en ginecología asentó a las 04:00 horas, que V1 con diagnóstico de segundo embarazo de termino, fase activa de trabajo de parto, indicó oxitocina para regularizar intensidad de actividad uterina, continua con vigilancia de trabajo de parto y se solicitó nuevo monitoreo fetal.

15.6 Nota médica de 9 de junio de 2018, en la que personal médico (Nombre ilegible) asentó que estaba siguiendo trabajo de parto de V1, con signos vitales normales, actividad uterina, frecuencia cardiaca fetal de 138 latidos por minuto, cérvix con dilatación completa, líquido amniótico claro, producto en tercer plano. Continua con vigilancia estricta, (Lo demás ilegible).

15.7 Nota médica de 9 de junio de 2018, en la que personal médico de pregrado y AR2, personal médico ginecólogo asentó a las 07:00 horas, que V1 paso a sala de expulsión, se atendió parto a las 06:33 horas obteniéndose a recién nacido del sexo masculino, flácido sin llanto, buena coloración, se aspira secreción nasal, se toman signos vitales en bradicardia y sin respiración, se notificó por voceo a personal de pediatría, anteriormente se inició masaje cardiaco, continuando con maniobras personal de pediatría. Diagnóstico de V1, puerperio fisiológico inmediato.

15.8 Registros clínicos e intervención de enfermería de 8 de junio de 2018, en la que se anotó que frecuencia cardiaca y tensión arterial de V1, a las 21:00, 23:00 horas del 8 de junio, y a las 00:01, 00:03 y 00:05 horas del 9 de junio de 2018, cuyos resultados indican que V1 registró su primera frecuencia cardiaca de 100 y la última toma de 150, presión arterial estimada promedio de 120/70 a 130/80, en la que se indicó vigilancia de frecuencia cardiaca fetal, actividad uterina y tensión arterial.

15.9 Partograma de 8 y 9 de junio de 2018, en la que se asentaron las siguientes horas de registro 19:45 horas, 21:00 horas, 23:00 horas del 8 de junio de 2018, 01:20 horas; 02:20 horas, 03:20 horas, 04:30 horas, 05:20 horas, 06:05 horas y 06:15 horas de 9 de junio de 2018, en la que se señaló que en el primer registro la frecuencia cardiaca fetal fue de 130 latidos, mostrándose que existe un aumento considerable a las 04:30 horas del 9 de junio de 2018, de 158 latidos por minuto, siguiendo descendiendo hasta el último de registro a 142 latidos por minuto. Se anotó que V1 a las 04:30 horas del 9 de junio, alcanzó la dilatación cervical completa.

15.10 Carta de consentimiento informado de 8 de junio de 2018, a nombre de V1.

15.11 Hoja de alta y contrarreferencia de 10 de junio de 2018, en la que personal médico asentó que V1, de 27 años de edad, acudió cursando su II embrazo de 40.4 semanas de gestación por urgencia al referir dolor tipo obstétrico. A la exploración vaginal con 3 centímetros de dilatación por lo que es pasada a labor. Al completar dilatación y borramiento pasó a sala de expulsión, se colocó campos estériles, se realizó episiotomía a medio lateral y obtiene producto vivo masculino con doble circular de cordón, 3280 gramos de peso, Apgar 3-5-9, por lo que se le dan maniobras de reanimación. Se revisó canal de parto y se realizó episiorrafia con catgut 2-0. Se da por terminado evento con sagrado aproximado de 150 c.c, paso a bajo riesgo de recuperación, siendo dada de alta el 10 de junio de 2018.

16. Copia del Expediente Clínico que se integró a VRNF, en el Hospital General de Ciudad Valles, respecto de la atención médica que recibió, de cuyas constancias destaca lo siguiente:

16.1 Registro de nota médica de 9 de junio de 2018, de VRNF, en la que personal médico asentó a las 07:10 horas, que en sala de labor V1 presentó dilatación completa aproximadamente a las 04:35 horas según partograma y nace a las 06:33 horas del 9 de junio de 2018, nace en paro cardiorrespiratorio asistido inicialmente en sala tocoquirúrgica, inicialmente totalmente flácido sin respiración, posteriormente a reanimación cardiopulmonar y administración de adrenalina

endotraqueal, duración de maniobras aproximadamente de 10 a 15 minutos. Se informó a V1, estado de gravedad, se ingresó a la sala de infectología, falta de espacios físico. (Lo demás ilegible)

16.2 Nota de evolución de 9 de junio de 2018, en la que personal médico asentó que V1, con diagnóstico de asfixia neonatal severa más encefalopatía hipóxico-isquémica, se encontró en malas condiciones generales, taquicárdico, pulsos presentes, abdomen leve distensión, neurológico con temblores al mínimo estipulo se reporta BH con leucocitosis predominio linfocitario, PCR 11, CPK elevada sugiere hipoxia. Se encuentra con datos secundarios a hipoxia perinatal, datos de hipoperfución, se tomará gasometría. Pronostico. Altamente complicado, familiar informado.

16.3 Nota médica de 16 de junio de 2018, en la que personal médico asentó que VRNF, de siete días de vida, con diagnóstico de recién nacido de termino, con asfixia severa, encefalopatía hipóxica isquémica grado III, estado post-paro, con evolución tórpida esta aun con ventilador parámetros medios, por el momento sin datos de SRIS, se encuentra hipoactivo, con probabilidades de daño cerebral importante. neurológicamente no valorable por la sedación, se recomienda algún estudio de gabinete.

16.4 Nota vespertina de 4 de julio de 2018, en la que personal médico asentó que VRNF, de 26 días de nacido, presentó daño neurológico, en condiciones graves, se encontró con infusión de tiopental midazolam por discinesias que ha presentado desde hace semanas, secundarias al daño hipóxico, incluso un día anterior estaba mas reactivo y conforme este mas reactivo este tipo de discinesias serán más evidentes no son convulsiones, la infusión de tiopental ha generado necesidad de aminas, tiene elevada dosis de levetirazetam con riesgo de mayor depresión neurológica, se esta llevando a un como por medicamentos no necesario, no se tiene electroencefalograma VRNF cursa con sepsis, tiene riesgo de morir por la sepsis y tiene pocas posibilidades de salir de ventilador en estas condiciones, su pronostico es malo para la vida y función.

17. Oficio 004024 de 15 de agosto de 2018, suscrito por el director del Hospital General de Ciudad Valles, en el que informó que VRNF, falleció el 9 de julio de 2018, lo que se acredita con la copia fotostática simple de certificado de defunción número 180655337, siendo las siguientes causas: estatus epiléptico, hemorragia intraventricular grado IV, asfixia neonatal severa y sepsis neonatal tardía sin germen aislado.

17.1 Resultado de patología postmortem del caso de necropsia A-01-18, rendido por médico patólogo en el que señaló que la enfermedad principal de VRNF, fue hemorragia Subaracnoidea, con alteraciones concomitantes, hemorragia subaracnoidea, necrosis corteza, con causa probable inmediata de muerte, choque séptico.

18. Oficio 2VQ-0152/18, de 10 de septiembre de 2018, suscrito por la Segunda Visitaduría General de este Organismo Estatal por el cual se solicitó al Presidente del Colegio de la Profesión Médica del Estado de San Luis Potosí, una opinión médica de la atención brindada que recibió V1 y VRNF en el Hospital General de Ciudad Valles, San Luis Potosí.

19.1 Opinión Médica de 27 de septiembre de 2019, que realizó un Perito Especialista del Colegio de la Profesión Médica del Estado de San Luis Potosí, donde concluyó que las acciones y prácticas médicas realizadas por personal médico en la atención de V1 y de VRNF recién nacido, no fueron adecuada ya que contando con diagnóstico de cesárea previa no se manejó de acuerdo a la normativa establecida, no fue oportuna ya que se obtuvo a recién nacido en paro cardiorrespiratorio el cual no se monitorizo durante el trabajo de parto ni las últimas horas con registro continuó para detectar anomalías de la frecuencia cardiaca fetal y lo incongruente es que en expediente se anota frecuencia cardiaca fetal normal y liquido claro.

19.2 La atención médica no fue completa, no se le solicitó analgesia obstétrica, no se realizó ninguna intervención para acotar periodo expulsivo, no fue eficaz ya que se obtuvo un producto con morbilidad grave que requirió ser intubado y conectarlo

al ventilador mecánico por la depresión neonatal que presentó, y que finalmente falleció un mes después.

19.3 Las omisiones y acciones indebidas que se cometieron en agravio de V1 y VRNF, Recién nacido, fueron las siguientes: No se llevó a la práctica el protocolo de manejo de parto después de cesárea, no realizaron monitoreo continuo con cardiotocografía para detectar anormalidades de la frecuencia cardiaca fetal durante el trabajo de parto, no se solicitó analgesia obstétrica cuando la paciente se quejo de dolor tipo obstétrico, se prolongó segundo periodo de trabajo de parto con dilatación completa por dos horas, sin realizar médico tratante ninguna intervención para acortar periodo expulsivo, no se contaba con médico pediatra al momento del nacimiento para realizar maniobras de reanimación hasta después de 30 minutos, hay incongruencia entre anotaciones de partograma y notas de evolución del médico tratante.

19.4 No se detectó en que momento inició con alteraciones del bienestar fetal el producto ya que el periodo de dilatación completa duro 2 horas.

19.5 Falto apoyo de estudio de gabinete y personal capacitado pediatra neurólogo para brindar la atención adecuada de VRNF, recién nacido.

19.6 Las omisiones y acciones no realizadas si eran previsibles para la ciencia médica si hubiera alguna autoridad que haga su función de supervisar que las guías de práctica médica realmente se lleven a cabo, se tenga la infraestructura física y de personal idóneo y cantidad adecuada para poder realizar la atención que merecen madre y producto.

20. Oficio 2VQU-0152/2019, recibido el 6 de noviembre de 2019, suscrito por Segunda Visitadora de este Organismo, que dirigió al Titular del Órgano Interno de Control de los Servicios de Salud de San Luis Potosí, por el cual dio vista de la queja presentada por V1.

21. Oficio CGE/OIC-SSSLP-561/2019, de 12 de noviembre de 2019, signado por la Titular del Órgano Interno de Control de los Servicios de Salud de San Luis Potosí, que dentro del Expediente de Investigación Administrativa 1, se ordenó llevar a cabo las investigaciones y diligencias que se consideren pertinentes en ese asunto para el establecimiento de los hechos y recabar los informes necesarios de las autoridades correspondientes, a fin de estar en posibilidad de integrar debidamente la investigación y determinar si se actualiza alguna o algunas de las conductas señaladas por la Ley de Responsabilidades Administrativas para el Estado y Municipios de San Luis Potosí.

22. Oficio DQME-1256/19, de 9 de diciembre de 2019, por el cual se adjuntó oficio CNDH/4/2019/7977/R, suscrito por Cuarta Visitadora General de la Comisión Nacional de Derechos Humanos por el cual remitió escrito de queja de V1, por competencia de este Organismo.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

23. El 13 de junio de 2018, este Organismo Autónomo de Derechos Humanos inició investigación por los hechos denunciados por V1, en su agravio, así como de VRNF, recién nacido por las omisiones e inadecuada atención médica que recibieron en el Hospital General de Ciudad Valles, con motivo de la atención de su embarazo, resolución y nacimiento de VRNF.

24. De acuerdo a la valoración médica que se reportó de V1, en el expediente clínico que se registró en el Hospital General de Ciudad Valles, se asentó en la valoración realizada el 8 de junio de 2020, que V1 fue referida del Hospital Básico Comunitario de Ébano, con embarazo de 40.5 semanas de gestación, siendo ingresada por su antecedente de cesárea al presentar 3 centímetros de dilatación, por lo que a las 19:45 horas pasó a sala de labor, donde a las 04:00 horas del 9 de junio de 2018, reportó fase activa de trabajo de parto, sin embargo se obtuvo alumbramiento a las 06:33 horas en condiciones críticas de salud por lo que requirió maniobras de reanimación al no haber pediatra al momento del alumbramiento.

25. De acuerdo a las condiciones de salud de VRNF, recién nacido, permaneció hospitalizado, sin que recibiera atención por médico neurólogo pediatra, además de que al momento de su nacimiento no fue atendido por pediatra, siendo su diagnóstico asfixia neonatal severa más encefalopatía hipóxico-isquémica, se encontró en malas condiciones generales, taquicárdico, pulsos presentes, abdomen leve distensión, neurológico con temblores al mínimo estipulo, quien agravo su condición de salud y falleció el 9 de julio de 2018.

26. En el certificado de defunción número 180655337, de 9 de julio de 2018, se asentó que la causa de muerte de VRNF, fueron estatus epiléptico, hemorragia intraventricular grado IV, asfixia neonatal severa y sepsis neonatal tardía sin germen aislado.

27. En la opinión médica que emitió especialista del Colegio de la Profesión Médica del Estado de San Luis Potosí, determinó que las acciones no fueron adecuadas ya que contando con diagnóstico de cesárea previa no se manejó de acuerdo a la normativa establecida, no fue oportuna ya que se obtuvo a recién nacido en paro cardiorrespiratorio el cual no se monitorizo durante el trabajo de parto ni las últimas horas con registro continuó para detectar anomalías de la frecuencia cardiaca fetal y lo incongruente es que en expediente se anotó frecuencia cardiaca fetal normal y liquido claro.

28. En la referida opinión médica se señaló que las omisiones y acciones no realizadas si eran previsibles para la ciencia médica si hubiera alguna autoridad que haga su función de supervisar que las guías de práctica médica realmente se lleven a cabo, se tenga la infraestructura física y de personal idóneo y cantidad adecuada para poder realizar la atención que merecen madre y producto

29. Los derechos fundamentales que se advierten vulnerados y los actos que se acreditaron mismos que se encuentran concatenados entre sí fueron los siguientes: **A. Derecho a la protección de la salud y a la vida** por inadecuada, inoportuna e incompleta atención médica, y **B. Derecho a la información en los servicios de salud.** Por la omisión de integración correcta de expediente clínico.

30. Cabe precisar que, a la fecha de elaboración de la presente recomendación, se obtuvieron constancias de que se inició el Procedimiento Administrativo de investigación 1 relacionado con los hechos en contra de los servidores públicos que atendieron el caso, del que no se ha informado la resolución del mismo o de que se hubieren reparado los daños.

IV. OBSERVACIONES

31. Es importante señalar que la actuación de toda autoridad debe tener como objetivo principal el respeto, protección y garantía de los derechos humanos, por lo que esta Comisión Estatal hace hincapié en la necesidad de que los servidores públicos cumplan con el deber que les exige el cargo público, que lo realicen con la debida diligencia en el marco de lo que establece el artículo 1, párrafo tercero, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, de que todas las autoridades están obligadas a promover, respetar, proteger y garantizar el ejercicio efectivo de los derechos humanos.

32. Resulta pertinente enfatizar que a este Organismo Público Autónomo tampoco le compete la investigación de los delitos, sino indagar sobre las posibles violaciones a derechos humanos, analizar el desempeño de los servidores públicos en relación a las quejas sobre vulneración a los mismos, se repare el daño causado, se generen condiciones para la no repetición de hechos violatorios, velar para que las víctimas o sus familiares tengan un efectivo acceso a la justicia, y en su caso, se sancione a los responsables de las violaciones cometidas.

33. En este contexto, atendiendo al interés superior de las víctimas del delito, y del abuso de poder reconocido en el derecho internacional de los Derechos Humanos, con fundamento en los artículos 1, párrafos primero, segundo y tercero; 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 2, 3, 4, 5 y 6 y demás relativos de la Declaración sobre los Principios Fundamentales de Justicia para las Víctimas de Delitos y del Abuso de Poder, se emite la presente

Recomendación favoreciendo en todo tiempo a las víctimas la protección más amplia que en derecho proceda.

34. Del análisis lógico jurídico realizado al conjunto de evidencias que integran el expediente de queja se encontraron elementos suficientes que permitieron acreditar violaciones a los derechos humanos **A. Derecho a la protección de la salud y a la vida** por inadecuada atención médica y **B. Derecho a la información en los servicios de salud.** Por la omisión de integración correcta de expediente clínico, por actos atribuibles a Servicios de San Luis Potosí a través de la atención proporcionada por personal médico en el Hospital General de Ciudad Valles, donde ingresó con diagnóstico de segundo embarazo de 40.5 semanas de gestación, con trabajo de parto, que tuvo como consecuencia nacimiento de VRNF, en condiciones críticas de salud por asfixia neonatal severa que tuvo como consecuencia complicaciones en la salud que derivó en su fallecimiento.

35. Por lo que a continuación se describen los derechos humanos conculcados y los actos lesivos que generaron esas violaciones, además de adminicularse con el soporte de medios de convicción existentes en las evidencias que obran en el de mérito:

Derecho a la protección de la salud y a la vida
Por inadecuada, inoportuna e incompleta atención médica

36. 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", 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. La misma ONU, a través de su Tercer Objetivo de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030, sobre "Salud y bienestar", se ha pronunciado en el sentido de garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades", y hace un llamado a volcar esfuerzos en una

estrategia mundial para alcanzar la meta de reducir la tasa mundial de mortalidad materna garantizando la salud y bienestar materna.

37. El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer de las Naciones Unidas en su Recomendación General 248, ha establecido que "[...] los Estados Partes han de indicar también qué medidas han adoptado para garantizar a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto", es decir las acciones encaminadas a la protección de la mujer en ese contexto.

38. De las evidencias que al respecto se recabaron se observó que V1, de 27 años de edad, cursaba su segundo embarazo quien inició con su control prenatal en el Hospital Básico Comunitario de Ébano, quien el 8 de junio de 2018, con un diagnóstico de 40 semanas de gestación, fue referida al Hospital General de Ciudad Valles para recibir atención médica, con registro de antecedente de Cesárea.

39. Ahora bien, del informe rendido mediante oficio 003226 de 13 de julio de 2018, se señaló que V1 fue atendida el 8 de junio de 2018, a las 18:27 horas, que fue ingresada al área de observación y modulo mater a fin de que en el área de expulsión del quirófano se atendiera el nacimiento del recién nacido, una vez que nació el producto del sexo masculino, se le ingresó a la unidad de cuidados intensivos neonatales derivado de que nació en paro cardiorrespiratorio procediéndose a la aplicación de adrenalina endotraqueal por parte de la pediatra, falleciendo el 9 de julio de 2018, siendo las causas del fallecimiento estatus epiléptico, hemorragia intraventricular grado IV, asfixia neonatal severa.

40. Del expediente clínico que se integró a V1, en el Hospital General de Ciudad Valles, se hizo constar las valoraciones medicas de los días 8 y 9 de junio de 2018, en los que se destacó que V1, ingreso al área de modulo mater para trabajo de parto, indicándose a las 19:45 horas del 8 de junio de 2018, pasó a sala de labor con vigilancia uterina realizándose una segunda valoración a las 21:40 horas, una tercer valoración a las 00:10 horas del 9 de junio de 2018, en la que se

señaló que se requería de vigilancia de frecuencia cardiaca fetal y actividad uterina, detectándose de las constancias del expediente clínico que V1 habia sido atendida por AR1, médico general.

41. El 9 de junio de 2018, a las 04:00 horas, AR2, médico ginecólogo reportó en nota médica que V1, se encontraba en fase activa de trabajo de parto, por lo que se continuaba vigilancia de parto, solicitó monitoreo fetal, en ese orden de ideas en el partograma se señaló que a las 04:30 horas del 9 de junio de 2018, la frecuencia cardiaca registrada fue de 158 latidos por minuto, siguiendo descendiendo hasta el último de registro a 142 latidos por minuto a las 06:15 horas. Además, se advirtió que a las 04:30 horas del 9 de junio, V1 alcanzó la dilatación cervical completa.

42. En este orden de ideas, de acuerdo a lo manifestado a V1, desde las 02:00 horas del 9 de junio de 2018, presentaba mucho dolor lo cual comunicó al personal médico, quien le indicó que ya presentaba 8 centímetros de dilatación, pero que fue hasta las 06:00 horas que recibió la atención médica de urgencia porque comenzó a gritar de los dolores inherentes al trabajo de parto, por lo que fue pasada a la sala de expulsión, obteniéndose a las 06:33 horas a recién nacido del sexo masculino, flácido sin llanto, buena coloración, se aspira secreción nasal, se toman signos vitales en bradicardia y sin respiración, se notificó por voceo a personal de pediatría, anteriormente se inició masaje cardiaco, continuando con maniobras personal de pediatría.

43. En este contexto, de las constancias que fueron recabadas por este Organismo y que integra el expediente clínico que se integró en el Hospital General de Ciudad Valles, respecto a la atención médica que recibió V1, se cuenta con evidencias que permiten determinar que a las 04:00 horas del 9 de junio de 2020, fue valorada por AR2, médico ginecológico, quien ordenó monitoreo de frecuencia cardiaca y vigilancia, siendo que a la media hora se reportó dilatación completa y aumento en la frecuencia cardiaca fetal a 158 latidos por minutos, sin que se realizaran acciones médicas de revisión a V1, que pudieran determinar la resolución del embarazo, y no como ocurrió que fue hasta las 06:00 horas que se

pasó a la sala de labor, obteniendo a VRNF, recién nacido que requirió maniobras de respiración y atención inmediata sin que se contara con pediatra, ya que el mismo ingreso minutos después del alumbramiento al ser voceado en el Hospital.

44. De acuerdo a las constancias que integraron el expediente clínico que se integró a VRNF, se señaló que en registro de nota médica que en sala de labor V1 presentó dilatación completa aproximadamente a las 04:35 horas según partograma y nace a las 06:33 horas del 9 de junio de 2018, en paro cardiorrespiratorio asistido inicialmente en sala tocoquirugica, inicialmente totalmente flácido sin respiración, posteriormente a reanimación cardiopulmonar y administración de adrenalina endotraqueal, duración de maniobras aproximadamente de 10 a 15 minutos, por lo que VRNF fue enviado a sala de infectología, siendo diagnosticado con asfixia neonatal severa más encefalopatía hipóxico-isquémica, en malas condiciones generales para la salud.

45. Además de lo anterior, en su comparecencia complementaria V1, madre de VRNF, el 27 de junio de 2018, señaló que su hijo requería de un médico especialista en neurología pediátrica, que su hijo continuaba intubado, por lo que esperaba ser atendido por médico especialista en el Hospital General o ser trasladado a otro hospital de especialidad, en una subsecuente comparecencia señaló que VRNF, falleció el 9 de julio de 2018, por las complicaciones de salud que presentó a causa de una hemorragia.

46. De acuerdo con el certificado de defunción No. 180655337, expedido por la Secretaría de Salud, en el que se asentó que VRNF, recién nacido el 9 de junio de 2018, falleció a las 10:20 horas del 9 de julio de 2018, a causa de estatus epiléptico, hemorragia intraventricular grado IV, asfixia neonatal severa, sepsis neonatal tardía sin germen aislado.

47. Ahora bien, de acuerdo con la opinión médica que realizó un perito del Colegio de la Profesión Médica se concluyó que las acciones y prácticas médicas realizadas por personal médico en la atención de V1 y de VRNF recién nacido, no fueron adecuada ya que contando con diagnóstico de cesárea previa no se

manejó de acuerdo a la normativa establecida, no fue oportuna ya que se obtuvo a recién nacido en paro cardiorrespiratorio el cual no se monitorizó durante el trabajo de parto ni las últimas horas con registro continuó para detectar anomalías de la frecuencia cardiaca fetal y lo incongruente es que en expediente se anota frecuencia cardiaca fetal normal y liquido claro, que la atención médica no fue completa y eficaz, debido a que se obtuvo un producto con morbilidad grave que requirió ser intubado y conectarlo al ventilador mecánico por la depresión neonatal que presentó, y que finalmente falleció un mes después.

48. En la opinión médica se destaca que omisiones y acciones indebidas que se cometieron en agravio de V1 y VRNF, Recién nacido, fueron las siguientes: No se llevó a la práctica el protocolo de manejo de parto después de cesárea, no realizaron monitoreo continuo con cardiotocografía para detectar anormalidades de la frecuencia cardiaca fetal durante el trabajo de parto, no se solicitó analgesia obstétrica cuando la paciente se quejó de dolor tipo obstétrico, se prolongó segundo periodo de trabajo de parto con dilatación completa por dos horas, sin realizar médico tratante ninguna intervención para acortar periodo expulsivo, no se contaba con médico pediatra al momento del nacimiento para realizar maniobras de reanimación hasta después de 30 minutos, hay incongruencia entre anotaciones de partograma y notas de evolución del médico tratante.

49. También en la conclusión de la opinión médica se dice que no se detectó en que momento V1 inició con alteraciones del bienestar fetal ya que el periodo de dilatación completa duro dos horas, que en su conjunto todas las omisiones y acciones no realizadas si eran previsibles para la ciencia médica si hubiera alguna autoridad que haga su función de supervisar que las guías de práctica médica realmente se lleven a cabo, se tenga la infraestructura física y de personal idóneo y cantidad adecuada para poder realizar la atención que merecen madre y producto.

50. Este orden de ideas, de acuerdo con la evidencia y la opinión médica que al respecto se recabó, quedó acreditado la relación causa efecto con relación a la adecuada atención médica de V1, y, con ello, la responsabilidad institucional que

en materia de derechos humanos es atribuible a la Institución de los Servicios de Salud por las acciones y omisiones señaladas en la presente Recomendación.

51. De igual manera, en el presente caso se inobservó el contenido de los artículos 4, párrafos cuarto y octavo de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 2, fracciones I, II y V; 3, fracciones II y IV; 23, 27, fracciones III, IV y X; 32, 33, 51, 61, fracciones I y II; 61 Bis y 63 de la Ley General de Salud; así como el contenido de las Normas Oficiales Mexicanas 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.

52. También se incumplió lo que señalan los artículos 4.1 y 19 de la Convención Americana Sobre Derechos Humanos; 6.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; 12.1 y 12.2, incisos a) y d), del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; 3, 25.1 y 25.2 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos; I, VII y XI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; 10.1, 10.2, incisos a) y d), y 16 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; que, en síntesis, establecen la obligación del Estado de asegurar la plena efectividad y alcance del más alto nivel de salud, así como las medidas necesarias que se deben adoptar para garantizar el disfrute del servicio médico.

Derecho a la información en los servicios de salud

Por la omisión de integración correcta de expedientes clínicos

53. En este aspecto de la evidencia, se advirtió omisiones en la integración del expediente clínico que se integró a V1 en el Hospital General de Ciudad Valles, se observó que las notas médicas realizadas el 9 de junio de 2018, contiene datos ilegibles específicamente nombre del médico, así como nota médica ilegible de nombre y texto de la misma fecha en la que se indica que V1 presentaba dilatación completa. Por lo que respecto a la integración del expediente clínico, no se cumplió la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente

clínico, que en sus numerales 4.4, 5.10 y 6.1.6 establecen que los prestadores de servicios de atención médica de los establecimientos públicos estarán obligados a integrar y conservar el expediente clínico, que deberá contener las notas medicas de evolución, la cal deberá elaborarla el médico cada vez que proporciona atención al paciente, que se incluya nombre completo, lo que en el caso no aconteció.

54. En este contexto, es importante señalar que una de las finalidades del derecho a la protección de la salud, reconocido en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, es que el Estado garantice de manera eficaz y oportuna las necesidades de los usuarios que acuden a los centros de salud públicos, protegiendo, promoviendo y restaurando la salud de los pacientes, para lo cual resulta indispensable que de conformidad con el artículo 1, párrafo tercero, de nuestra Carta Suprema, las autoridades garanticen el derecho humano a la salud con base a los principios de progresividad el cual constituye el compromiso de los Estados para adoptar providencias, especialmente económica y técnica, para lograr progresivamente la plena efectividad de los derechos que se derivan de las normas económicas sociales.

55. En este contexto, es aplicable la sentencia del Caso "Albán Cornejo y otros vs. Ecuador", de 22 de noviembre de 2007, emitida por la Corte Interamericana de Derechos Humanos, párrafo 68, en la cual se refiere la relevancia que tiene un expediente médico adecuadamente integrado, como un instrumento guía para el tratamiento y constituirse en una fuente razonable de conocimiento respecto de la situación del enfermo, las medidas adoptadas para controlarla y, en su caso, las consecuentes responsabilidades.

56. En la Recomendación General No. 29/2017, que emitió la Comisión Nacional de Derechos Humanos sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de Salud ha establecido que "El artículo 6° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, prevé que "el derecho a la información será garantizado por el Estado". [...] Toda persona tiene derecho al libre acceso a información plural y oportuna, así como a buscar, recibir y difundir

información e ideas de toda índole por cualquier medio de expresión [...]. La Comisión Nacional estima que los derechos a la protección de la salud y el derecho a la información, por virtud del principio de interdependencia son mutuamente vinculables para su realización y de la garantía de estos se supedita la debida integración del expediente clínico.

57. Para este Organismo Autónomo es de importancia señalar que una debida integración del expediente clínico debe ser oportuna de manera que existan los registros clínicos reportados en tiempo y en forma de acuerdo a cada valoración, estudio, resumen médico que permita que el médico que subsecuentemente atienda a los pacientes, cuente con la información debida para proporcionar una atención médica de calidad

Responsabilidad Administrativa de los Servidores Públicos

58. Por tanto, debe ser motivo de investigación administrativa para deslindar las responsabilidades del personal médico que atendieron a V1, destacándose además que en la opinión elaborada por el Médico Especialista del Colegio de la Profesión Médica se advirtió que la atención que se proporcionó a la víctima no fue completa, oportuna, adecuada y eficaz que debería de corresponder al seguimiento de la atención de la madre y producto de gestación.

59. Cabe precisar que mediante oficio CGE-OIC-SSSLP-561-2019, de 12 de noviembre de 2019, signado por la Titular del Órgano Interno de Control de los Servicios de Salud de San Luis Potosí, que dentro del Expediente de Investigación Administrativa 1, ordenó llevar a cabo las investigaciones y diligencias que se consideren pertinentes en ese asunto para el establecimiento de los hechos y recabar los informes necesarios de las autoridades correspondientes, a fin de estar en posibilidad de integrar debidamente la investigación y determinar si se actualiza alguna o algunas de las conductas señaladas por la Ley de Responsabilidades Administrativas para el Estado y Municipios de San Luis Potosí.

60. En este sentido en la opinión médica se asentó que puntualmente en que consistieron las acciones y omisiones indebidas que se cometieron en agravio de V1 y VRNF, los cuales eran previsibles para la ciencia médica, situación por la que se debe investigar las responsabilidades administrativas en las que pudieron haber incurrido personal médico que brindó atención médica.

61. Las conductas que desplegaron los servidores públicos pueden ser constitutivas de responsabilidad administrativa, de conformidad con el artículo 6, fracción VII, de la Ley de Responsabilidades Administrativas para el Estado y Municipios de San Luis Potosí, establece que los servidores públicos observarán en el desempeño de su empleo, cargo o comisión, los principios de, disciplina, legalidad, objetividad, profesionalismo, honradez, lealtad, imparcialidad, integridad, rendición de cuentas, eficacia y eficiencia que rigen el servicio público, para lo cual deberán de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos en los términos establecidos por la Constitución Federal.

Reparación Integral del Daño

62. Por lo que respecta al pago de la reparación del daño, el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1, párrafo tercero, y 113, segundo párrafo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; y 7, de la Ley de Responsabilidad Patrimonial para el Estado y Municipios de San Luis Potosí, señalan la posibilidad de que al acreditarse una violación a los derechos humanos atribuible a un servidor público estatal, formule una recomendación que incluya las medidas que procedan para lograr la efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación del daño.

63. En el mismo sentido, pero en términos de los artículos 1, 2, fracción I, 7, fracciones II, VI, VII y VII; 8, 26, 27, 64, fracciones I, II y VI; 96, 106, 110, fracción V, inciso c); 111, 126, fracción VIII; 130, 131 y 152 de la Ley General de Víctimas, así como de los artículos 61, 63, 64, 64 fracción I, 67, 68, 70 y 88 fracción II, 97 fracción I, de la Ley de Víctimas para el Estado de San Luis Potosí, al acreditarse

violaciones a los derechos humanos en agravio de V1 se deberá inscribir en el Registro Estatal a cargo de la Comisión Ejecutiva Estatal de Atención a Víctimas.

64. 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", y en diversos criterios de la CrIDH, se considera que para garantizar a las victimas 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, garantías de no repetición, obligación de investigar los hechos, así como identificar, localizar, detener, juzgar y, en su caso, sancionar a los responsables.

65. En el "Caso Espinoza González vs. Perú", la CrIDH asumió que: "(...) toda violación de una obligación internacional que haya producido daño comporta el deber de repararlo adecuadamente y que la disposición recoge una norma consuetudinaria que constituye uno de los principios fundamentales del Derecho Internacional contemporáneo sobre responsabilidad de un Estado", además precisó que "(...) las reparaciones deben tener un nexo causal con los hechos del caso, las violaciones declaradas, los danos acreditados, así como las medidas solicitadas para reparar los daños respectivos".

66. En concordancia con ello y con el propósito de evitar que hechos como los analizados en el presente caso se repitan, es necesario que las autoridades impulsen la capacitación a sus servidores públicos orientada hacia el correcto ejercicio del servicio y el respeto de los derechos humanos, en materia de protección a la salud, enfatizando el conocimiento, manejo y observancia de las Normas Oficiales Mexicanas Mexicana 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.

67. Finalmente cabe señalar que los pronunciamientos de la Corte Interamericana de Derechos Humanos que se citan en la presente recomendación son de observancia obligatoria para el Estado Mexicano, de acuerdo con el artículo 62 de la Convención Americana de Derechos Humanos, en sus numerales 1 y 2, y del reconocimiento de su competencia contenciosa, de conformidad con el Decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 24 de febrero de 1999.

68. La jurisprudencia internacional sobre derechos humanos constituye un elemento que debe observarse para hacer más amplia la protección a los derechos de las víctimas, extender el alcance de los mismos, y para formar parte de un diálogo entre Corte y organismos defensores de derechos humanos, lo cual se inscribe en el marco de la protección más amplia y extensiva de los derechos en consonancia con lo que establece el artículo 1, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

69. Asimismo, la Suprema Corte de Justicia de la Nación, en la Contradicción de Tesis 239/2011, precisó que los criterios jurisprudenciales de la Corte Interamericana de Derechos Humanos son vinculantes para México, con independencia de que haya sido o no parte del litigio; que esa fuerza vinculante se desprende del artículo 1 Constitucional ya que el principio pro persona obliga a resolver atendiendo a la interpretación más favorable a la persona.

70. En consecuencia, esta Comisión Estatal de Derechos Humanos se permite formular respetuosamente a Usted Directora General de los Servicios de Salud, las siguientes:

V. RECOMENDACIONES

PRIMERA. Para garantizar a V1 el acceso a la Reparación del Daño, instruya a quien corresponda para que colabore con este Organismo en la inscripción como víctima en el Registro Estatal de Víctimas previsto en la Ley de Atención a Víctimas para el Estado de San Luis Potosí, para que en los términos en que resulte procedente de acuerdo al mismo ordenamiento legal, con motivo de la

violación a derechos humanos precisados en la presente Recomendación, se le otorgue atención psicológica especializada, y en su caso, previo agote de los procedimientos que establece la Ley de Atención a Víctimas tenga acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, así como a todas aquellas medidas que les beneficie en su condición de víctimas. Se envíen a esta Comisión Estatal las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Gire instrucciones a efecto de que en el Hospital General de Ciudad Valles se cuente con personal en ginecología especializado y capacitado para la atención y seguimiento oportuno de atención del embarazo, parto y puerperio, así como de personal en pediatría especializado o en su caso remitir al paciente a un hospital con la especialidad requerida o bien subrogar el servicio que requiera, como fue en el caso de VRNF, que se requería de un neurólogo pediatra, y se remitan a esta Comisión Estatal las constancias que acrediten su cumplimiento.

TERCERA. Gire instrucciones precisas a efecto de que, el Titular de la Contraloría Interna de Servicios de Salud a su digno cargo, integre, investigue y resuelva la investigación del Expediente Administrativo 1, para que de manera exhaustiva, diligente, acuciosa, puntual, ágil, completa, imparcial, objetiva, expedita, independiente, autónoma, objetiva, técnica y profesional, debiéndose desahogar sin demora, las diligencias efectivas para el debido procedimiento y resolución con motivo de los hechos que originaron el presente pronunciamiento, para que en su caso se determine la responsabilidad administrativa en que pudo incurrir servidores públicos. Debiéndose aportar la información que al respecto le sea solicitada y tenga a su alcance.

CUARTA. Gire sus instrucciones para que se imparta a los servidores públicos capacitación en materia de Derechos Humanos y sus implicaciones en la protección a la salud, enfatizando el conocimiento, manejo y observancia de las Normas Oficiales Mexicanas NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida, NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico, NOM-027-SSA3-2013 Regulación de los Servicios de Salud, en el que se enfoque en la necesidad de un seguimiento

oportuno de control del embarazo. Debiéndose aportar la información que al respecto le sea solicitada y tenga a su alcance.

71. La presente recomendación, de acuerdo con el artículo 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y 17 de la Constitución Política del Estado de San Luis Potosí, tiene el carácter de pública y se emite con el propósito de hacer una declaración sobre los hechos violatorios a los derechos humanos cometidos por servidores públicos en el ejercicio de sus funciones, de que se subsane la irregularidad cometida, y que las autoridades competentes, en el ámbito de sus atribuciones, apliquen las sanciones que correspondan.

72. Conforme a lo dispuesto en el artículo 113 del Reglamento de la Ley de la Comisión Estatal de Derechos Humanos, la respuesta sobre la aceptación de la recomendación, deberá enviarse dentro del término de diez días hábiles siguientes a su notificación, lo contrario dará lugar a que se interprete que la misma no fue aceptada. En todo caso, las acciones relacionadas con el cumplimiento de la recomendación, deberán informarse dentro de los quince días hábiles siguientes a la fecha en que haya concluido el plazo para informar sobre la aceptación.

73. Finalmente, con fundamento en los artículos 102, apartado B, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y 29, de la Ley de la Comisión Estatal de Derechos Humanos, en caso de que la recomendación no sea aceptada o cumplida, deberá fundar, motivar y hacer pública su negativa; aunado a que este Organismo Público, podrá solicitar su comparecencia ante el Congreso del Estado, para que explique el motivo de su negativa.

LIC. JORGE ÁNDRES LÓPEZ ESPINOSA
PRESIDENTE