COMISIÓN ESTATAL DE DERECHOS HUMANOS
SAN LUIS POTOSÍ

"2020, Año de la Cultura para la Erradicación del Trabajo Infantil"

R-1

1007

SERVICIOS DE SALUD DE SAN LUIS POTOSÍ
DIRECCIÓN GENERAL
RECIBIDO
16 DIC 2020
NOMBRE: Cinthya Lugo
HORA: 16:02 hrs

PRESIDENCIA
OFICIO No. OP-0091/2020
San Luis Potosí, a 14 de diciembre de 2020

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

Distinguida Directora:

Me permito comunicar a Usted que el 14 de diciembre de 2020, esta Comisión Estatal de Derechos Humanos, emitió la **Recomendación 25/2020**, dirigida a esa Dirección General, sobre el caso de violaciones a los derechos humanos al **derecho a la protección de la salud y a la vida** por inadecuada, inoportuna e incompleta atención médica, derecho de las mujeres a una vida libre de violencia por violencia obstétrica, **derecho a la información en los servicios de salud**, por la omisión de integración correcta de expediente clínico, en el Hospital del Niño y la Mujer "Dr. Alberto López Hermosa", que se cometió en agravio de V1 y VRNF, relacionada con el expediente de queja **1VQU-0040/2018.**

Le expreso mi consideración y respeto.

LIC. JORGE ÁNDRES LÓPEZ ESPINOSA
PRESIDENTE

SECRETARÍA DE SALUD
SERVICIOS DE SALUD DE SAN LUIS POTOSÍ
16 DIC 2020
6:15
RECIBIDO
SUBDIRECCIÓN DE ASUNTOS JURÍDICOS

SERVICIOS DE SALUD DE SAN LUIS POTOSÍ
ANEXO
16 DIC. 2020
RECIBIDO
OFICIALÍA DE PARTES
Recibe Fernando Hora 14:07

15654

COMISIÓN ESTATAL DE DERECHOS HUMANOS
SAN LUIS POTOSÍ

RECOMENDACIÓN No.25/2020

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 DE LAS MUJERES A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA**, POR VIOLENCIA OBSTÉTRICA Y **DERECHO A LA INFORMACIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD,** POR LA OMISIÓN DE INTEGRACIÓN CORRECTA DE EXPEDIENTE CLÍNICO, EN EL HOSPITAL DEL NIÑO Y LA MUJER "DR. ALBERTO LÓPEZ HERMOSA" QUE SE COMETIÓ EN AGRAVIO DE V1 Y VRNF.

San Luis Potosí, S.L.P, a 14 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 1VQU-0040/2018 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 del Niño y la Mujer "Dr. Alberto López Hermosa", con motivo de su embarazo.

4. V1 manifestó que aproximadamente a las 22:00 horas del 7 de septiembre de 2017, ingresó al Hospital del Niño y la Mujer, que, al encontrarse internada, el personal médico que la revisó provocó que se le *"rompiera la fuente"*, que la noche del 8 de septiembre de 2017, la pasaron a la sala de labor de parto. Que a las 11:00 horas del 9 de septiembre de 2017, el médico que la revisó le dijo que ya se estaba viendo la cabeza del bebé para nacer, momento en que sintió que le empujó la cabeza del bebé hacia adentro, y le dijo *"ya no puje, porque el bebe no puede salir ahorita, no hay sala de parto desocupada"*.

5. La víctima precisó que a las 11:17 horas del 9 de septiembre de 2017, nació VRNF, que el personal de enfermería que se encontraba asistiéndola, le dijo: *"la niña ya falleció por su culpa, por estar de escandalosa, chillona y gritona"*, por su parte el personal médico le dijo que VRNF nació grave pero aún tenía pulso, quien sufrió de asfixia perinatal y requería de hospitalización.

6. V1 manifestó que el 22 de noviembre de 2017, VRNF fue pasada a terapia intensiva del Hospital del Niño y la Mujer, que desde septiembre estaba pendiente de que se le realizara una tomografía. En el resumen clínico de la atención que recibió VRNF se informó que derivado de las complicaciones de salud falleció el 4 de julio de 2018.

7. Para la investigación de la queja, se radicó el expediente 1VQU-040/2018, 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, testigo, se recabaron expedientes clínicos, opinión médica, cuya valoración es objeto de análisis en el capítulo de Observaciones de la presente.

II. EVIDENCIAS

8. Acta circunstanciada de 25 de enero 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 del Niño y la Mujer "Dr. Alberto López Hermosa", por la inadecuada atención médica que recibió con motivo de su embarazo, que tuvo como consecuencia que su hija naciera con datos de asfixia.

9. Acta circunstanciada de 8 de febrero de 2018, en la que personal de este Organismo hizo constar que se comunicó al número proporcionado por la víctima para informarle del inicio del expediente de queja y proporcionara un domicilio para el envío de la notificación.

10. Escrito de 14 de febrero de 2018, suscrito por apoderada legal del Organismo Descentralizado de la Administración Pública Estatal denominado Servicios de Salud de San Luis Potosí, al que pertenece el Hospital del Niño y la Mujer "Dr. Alberto López Hermosa", en el que señaló que conforme a la solicitud DQSI-0032/18, de la queja presentada por V1, remitió la siguiente información con documentación:

10.1 Que el 7 de septiembre de 2017, a las 21:35 horas, V1 ingresó al referido nosocomio por presentar una caída de su propia altura y dolor obstétrico, por lo que pasó al área de vigilancia obstétrica para inducto-conducción, durante ese lapso se realizó interrogatorio a la paciente sobre sus antecedentes heredo familiares, se realizó examen físico, además se le practicaron estudios de laboratorio y gabinete, recibiendo en todo momento cuidados de enfermería.

10.2 Que el 9 de septiembre de 2017, se indicó pasarla a la sala de expulsión al completar el proceso de dilatación y borramiento, se colocó a V1 en posición de litotomía, previa asepsia y antisepsia, colocando para ella campos estériles, se protegió periné, y se atendió parto vaginal obteniéndose a las 11:16 horas a recién nacida única, femenino de 38.4 semanas de gestación, Apgar 0-3, Silverman, aderson 0-0, flácido, sin tono y coloración disminuida, con circular de cordón a cuello una vuelta, presencia de líquido meconial terminal, con presencia de caput leve a moderado, realizándose alumbramiento completo sin encontrar restos membranoplacentarios y reparación de episiotomía.

10.3 En cuanto a los comentarios supuestamente realizados por el personal que brindo atención médica a V1, se negaron los mismos por no ser propios, sin embargo se esta en la mejor disposición de colaborar en el presente asunto y en su momento aplicar la sanción correspondiente conforme a la normatividad aplicable, ya que en el Hospital del Niño y la Mujer "Dr. Alberto López Hermosa", se tiene la política de la no violencia obstétrica, por lo que cualquier conducta que menos precie a la mujer tanto psíquica como físicamente y verbal se encuentra totalmente prohibida.

10.4 En base a ello es importante hacer de su conocimiento que, en vista de los hechos ocurridos, se realizó reunión con personal del nosocomio y área jurídica a fin de revisar el presente caso, así como reunión entre el personal de pediatría con los familiares, en donde se les explicó el estado de salud de VRNF, para garantizar el derecho a la salud de la menor.

10.5 Resumen clínico de la atención medica brindada a V1, en la que se asentó que ingreso el 7 de septiembre de 2017, a las 21:35 horas, y con fecha de egreso de 10 de septiembre de 2017, a las 17:00 horas, en la que se destacó que se atendió parto a las 11:17 horas, se obtuvo a recién nacido único de 38.4 semanas por Capurro, Apgar 0-3, Silverman Anderson 0-0, flácido, sin tono y coloración disminuida, con circular de Cordón a cuello una vuelta, presencia de líquido meconial terminal, con presencia de caput leve a moderado, realizándose alumbramiento completo, revisión sin restos, reparación de episiotomía.

10.6 Resumen clínico de la atención medica brindada a VRNF, en el que se señaló que V1 ingresó el 9 de septiembre de 2017, a las 11:17 horas, con diagnóstico de recién nacido femenino de término, peso adecuado a edad gestacional, con asfixia perinatal, sepsis temprana por ruptura de membranas prolongadas, a descartar síndrome de aspiración de meconio. A la elaboración del informe VRNF, con 4 meses de nacida, quien desde sus primeros días se encontró en terapia neonatal con deterioro hemodinámico que requirió manejo con aminas vasogénicas y estatus epiléptico-crisis convulsivas, datos de falla renal manifestada por anuria, las cuales fueron tratados, así como problemas de coagulopatía. Paciente con daño neurológico muy grave, con dependencia de ventilación mecánica para adecuada oxigenación, sin esfuerzo respiratorio adecuado, no se observan adecuados reflejos de defensa de la vía área, lo que impide retirar la ventilación mecánica.

10.7. Relación de personal médico y de enfermería que atendieron en la labor de parto V1, en el que se señaló a AR4, médico, así como AR5, AR6, y AR7 personal de enfermería.

11. Copia del Expediente Clínico que se integró a V1, en el Hospital del Niño y la Mujer, respecto de la atención médica que recibió y de cuyas constancias destaca lo siguiente:

11.1 Hoja de hospitalización de 7 de septiembre de 2017, para atención de puerperio fisiológico, para atención de trabajo de parto, manejo médico y realización de estudios de laboratorio.

11.2 Carta de consentimiento bajo información de V1, de 7 de septiembre de 2017.

11.3 Historia clínica obstétrica de ingreso de V1, de 7 de septiembre de 2017, realizada a las 21:35 horas por AR1, personal médico, en la que indicó que V1 presentó 43 semanas de gestación por ultrasonido, caída de su propia altura más

dolor obstétrico, por lo que se indicó como plan de manejo inducto-conducciòn de trabajo de parto.

11.4 Nota de ingreso de V1, de 8 de septiembre de 2017, en la que personal médico interno de pregrado asentó a las 01:30 horas, por el cual personal médico indicó la realización de estudios auxiliares de diagnóstico, con pronóstico reservado.

11.5 Nota de evolución en labor de 8 de septiembre de 2017, en la que personal médico asentó que a las 22:55 horas, pasó a labor para vigilancia de trabajo de parto.

11.6 Hoja de evolución e interconsulta de 8 de septiembre de 2017, en la que personal médico asentó que solicitó ultrasonido con doppler y seguir vigilancia de acuerdo a evolución.

11.7 Nota de evolución interconsulta de 8 de septiembre de 2017, (Sin hora de registro) en la que AR2, personal médico especialista en ginecología señaló que V1 aun se encontraba en inducción de trabajo de parto.

11.8 Nota de evolución interconsulta de 8 de septiembre de 2017, realizada a las 22:10 horas, en la que AR3, personal médico especialista en ginecología y obstetricia señaló que a la valoración médica de V1, se encontró sin compromiso cardiopulmonar, con 70% de borramiento, amnios integro (Lo demás ilegible)

11.9 Nota de evolución en labor de 9 de septiembre de 2017, en la que AR4, personal médico asentó que a las 08:00 horas, no aceptó revisión médica obstétrica, encontrándose renuente y no cooperadora con el personal, por lo que solicitó alta voluntaria.

11.10 Nota de evolución e interconsulta de 9 de septiembre de 2017, que realizó AR4, personal médico a las 08:30 horas, en la que asentó que V1 solicitó alta voluntaria.

11.11 Nota de trabajo médico social que realizó trabajadora social el 9 de septiembre de 2017, a las 08:10 horas, en el que señaló que al ser informada de la petición de alta voluntaria de V1, se entrevistó con Q1, madre de V1, quien refirió que deseaba llevársela ya que la veía mal y no le hacían caso, que estaba desde las 23:00 horas del día anterior en ese servicio y no se le atendía, que se le explicaron los riesgos de la alta, poco después ingresó una hermana de V1, quien la tranquilizó para que la revisaran.

11.12 Nota de evolución e interconsulta de 9 de septiembre de 2017, que realizó AR4, personal médico, en la que asentó que V1 presentaba actividad uterina regular, sin movimientos fetales presentes, sintomática, no aceptó revisión vaginal, recurrente y negada a la revisión física, con perdida transvaginal de escasa a leve, frecuencia cardiaca fetal no aceptó revisión, y solicitó su alta voluntaria.

11.13 Nota de evolución e interconsulta de 9 de septiembre de 2017, que realizó AR4, personal médico en la que asentó que a las 09:55 horas, V1 aceptó revisión de la frecuencia cardiaca fetal con doppler de 134 latidos por minuto, perdida transvaginal de líquido amniótico escaso, por lo que se informó al directivo de guardia.

11.14 Nota de evolución e interconsulta de 9 de septiembre de 2017, que realizó AR4, personal médico en la que asentó que a las 11:00 horas, V1 con presentación cefálica, aceptó revisión vaginal, presentó dilatación cervical completa, perdida transvaginal, que V1 aceptó la revisión debido a la intensidad del dolor obstétrico, frecuencia cardiaca fetal de 110-124 latidos por minutos, por lo que se indicó pasar a sala de expulsión, las cuales se encontraban ocupadas para atención de parto de otras pacientes, no acepto realizarse monitoreo cardiaco fetal (PSS), pronóstico reservado a evolución, riesgo de asfixia perinatal y muerte fetal.

11.15 Nota de evolución e interconsulta de 9 de septiembre de 2017, en la que se asentó que V1 se encontró en espera de ocupar un lugar en sala de expulsión, debido a la atención de dos partos de dos pacientes del área de labor, tras pasarla a sala, se obtuvo parto vaginal a las 11:17 horas de recién nacido femenino, con circular de cordón de cuello, por lo que V1, pasó a recuperación.

11.16 Partograma de V1, de 9 de septiembre de 2017, en el que se registró que respecto a la atención de parto que a las 22:00 horas del 8 de septiembre de ese año, registro un 50% de borramiento y frecuencia cardiaca fetal de 134 latidos por minuto, se destacó que a las 00:00 horas del 9 de septiembre de 2017, se registró 80% de borramiento, frecuencia cardiaca fetal de 140 latidos por minuto, observándose que a las 10:00 horas del 9 de septiembre se registró un 90% de borramiento, frecuencia cardiaca fetal de 132 latidos por minuto, a las 11:00 horas alcanzó borramiento completo con registro de frecuencia cardiaca fetal de 130 latidos por minuto, por lo que a las 11:15 horas paso a sala de expulsión.

11.17 Nota de evolución e interconsulta de 10 de septiembre de 2017, realizada a las 17:00 horas, por personal médico, en el que indicó egreso de V1 por evolución satisfactoria.

11.18 Hoja de evolución e interconsulta de 9 de septiembre de 2017, en la que personal de nutrición orientó a V1, sobre una correcta alimentación.

11.19 Nota de egreso de 10 de septiembre de 2017, en la que personal médico asentó que V1, de 21 años de edad, acudió cursando su primer embrazo de 43 semanas de gestación por urgencia para valoración de edad gestacional, quien refirió haber presentado caída de su propia altura, sin actividad uterina, con adecuados movimientos fetales, sin datos de vasoespasmos, sin perdidas transvaginales. Ingresó para inducto-conducción posteriormente pasó a sala de labor, donde se encontró negligente y no cooperó con la exploración física y al completar dilatación y borramiento pasó a sala de labor y se obtuvo a recién nacida femenino de 38.4 semanas de gestación, con Apgar 0-3, flácido, sin tono y coloración disminuida, teniendo como diagnostico final de V1, puerperio fisiológico.

12. Acta circunstanciada de 19 de junio de 2020, en la que personal de este Organismo hizo constar entrevista con T1, quien informó que VRNF, recién nacida, se encontraba en condiciones delicadas de salud con riesgo de pedida de la vida.

13. Oficio 16969 de 16 de julio de 2018, suscrito por Subdirector de Asuntos Jurídicos de Servicios de Salud, en el que sobre los hechos de la queja de V1, adjunto copia del expediente clínico que se integró a VRNF, en el Hospital del Niño y la Mujer "Dr. Alberto López Hermosa" respecto de la atención médica que recibió, de cuyas constancias destaca lo siguiente:

13.1 Resumen clínico de 4 de julio de 2018, en el que se asentó que VRNF, recién nacida requirió del inicio de maniobras de reanimación neonatal, se intubó y se aspiró tráquea obteniendo meconio espeso de vía aérea, se inició ventilación con presión positiva sin respuesta, se inició compresión torácicas con recuperación de frecuencia cardiaca, pero sin esfuerzo respiratorio adecuado, se ingresó a terapia intensiva neonatal para manejo de asfixia perinatal severa, sepsis temprana por ruptura de 20 horas de evolución y descartar síndrome de aspiración de meconio. Con Apgar de 0-3, peso al nacer de 2,620 gramos, talla 49 centímetros, gasometría de cordón con PH7.1 (...). Desde sus primeros días en terapia neonatal presentó deterioro hemodinámico que requirió manejo con aminas vasogénicas y estatus epiléptico-crisis convulsivas desde las 24 horas de vida, datos de falla renal manifestada por anuria, los cuales fueron trasladados, así como problemas de coagulopatia.

13.2 Que el 3 de julio de 2018, presentó cuadro de fiebre, el 4 de julio, con deterioro hemodinámico por presentar bradicardia hasta 18x, hipotermia y desaturación, se ajusta aporte de oxígeno por ventilación mecánica, evolución al paro, no se palpan pulsos, trazo electrocardiográfico isoeléctrico, se avisó a familiares y se declara defunción el 4 de julio de 2018, a las 11:20 horas.

14. Oficio 1VQ-0969/18, de 17 de octubre de 2018, 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 del Niño y la Mujer "Dr. Alberto López Hermosa".

15. Opinión médica de 30 de julio de 2019, que realizaron médicos especialistas del Colegio de la Profesión Médica del Estado de San Luis Potosí, donde concluyó que la práctica médica realizada para atender a V1, por el personal del Hospital del Niño y la Mujer, no fue adecuada ya que teniendo en cuenta los antecedentes de gestación prolongada, oligoamnios, la falta de estudios de flujo doppler de circulación fetal, se decidió realizar una inducto-conducción de más de 24 horas, sin monitoreo electrónico continuo y 20 horas de ruptura de membranas, no se siguió ningún protocolo de los ya existentes.

15.1 No fue oportuna ya que en el expediente no se encontró evidencia que se haya informado a la gestante que tenía que acudir en la fecha probable de parto a valoración obstétrica y posteriormente se le indicaría en qué fecha volver a acudir a nueva valoración, acudió hasta después de semana 43.

15.2 No fue completa ya que los resultados neonatales de un producto con asfixia perinatal severa, encefalopatía hipoxico-isquémica grado III, crisis convulsivas que condicionaron dependencia a oxígeno y ventilación mecánica hasta casi 10 meses en que finalmente falleció el neonato.

15.3 La práctica médica realizada para atender a VRNF, recién nacida aplicada por el personal médico del Hospital del Niño y la Mujer fue adecuada, oportuna, completa y eficaz ya que el pediatra recibió un producto en acidosis, con asfixia meconial, con circular de cordón que ya no fue posible revertirla, le proporcionaron medidas de sostén. Lo único que existe en el expediente es la falta de notas medicas del 9 de septiembre de 2017 al 31 de diciembre de 2017, ignorándose la causa. Además, no se encontró certificado de defunción en expediente.

15.4 Las omisiones ya descritas si eran previsibles para la ciencia médica ya que el llevar a cabo una valoración de riesgos y beneficios nos permitirá tomar la mejor decisión de interrupción del embarazo en el momento adecuado.

15.5 Existe también responsabilidad del paciente ya que al no permitir la revisión obstétrica en las últimas cuatro horas de trabajo de parto que impidió que se diagnosticara una baja en la reserva fetal e indicar una interrupción del embarazo en el momento indicado.

15.6 También existe responsabilidad institucional ya que es parte de su función el contar con la infraestructura suficiente y el personal médico suficiente y capacitado para atender la demanda de servicios en área tocoquirurgica, también es parte de su función el supervisar que la práctica médica ya establecida, así como verificar que los expedientes cuenten con las notas de evolución en los días y horas en que se realicen.

16. Oficio 1VOF-0324/2020, recibido el 13 de marzo de 2020, suscrito por Primer Visitador 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.

17. Acta circunstanciada de 3 de diciembre de 2020, en la que personal de este Organismo hizo constar entrevista con V1, a quien se le informó que el expediente se encontraba en proyecto de resolución.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

18. El 25 de enero de 2018, este Organismo Autónomo de Derechos Humanos inició investigación por los hechos denunciados por V1, en su agravio, así como de VRNF, por las omisiones e inadecuada atención médica que recibieron del 7 al 9 de septiembre de 2017, en el Hospital del Niño y la Mujer "Dr. Alberto López Hermosa", con motivo de la atención de la resolución de embarazo, del que se

obtuvo nacimiento de VRNF, con asfixia perinatal severa, quien falleció el 4 de julio de 2018.

19. De acuerdo a la valoración médica que se reportó de V1, en el expediente clínico que se registró en el Hospital del Niño y la Mujer "Dr. Alberto López Hermosa", se asentó en la primera valoración médica realizada el 7 de septiembre de 2017, a las 21:35 horas, se asentó que V1 pasó a vigilancia obstétrica para inducto-conducción de trabajo de parto, quien además de presentar dolor tipo obstétrico, refirió haberse caído de su propia altura, que, durante el 8 de septiembre de 2017, estuvo en labor de trabajo de parto, registrando hasta las 22:10 horas de ese día, que presentaba 70% de borramiento de membranas.

20. El 9 de septiembre de 2017, aproximadamente a las 08:00 horas, V1, y Q1 solicitaron un alta voluntaria porque consideraron que no se le había dado la atención médica oportuna; sin embargo, a las 11:00 horas que fue valorada por personal médico le informó que ya estaba por nacer VRNF, pero que no había espacio en la sala de expulsión, retrasándose con ello el nacimiento, el cual ocurrió a las 11:17:00 horas, obteniéndose como consecuencia asfixia perinatal severa.

21. De acuerdo a las condiciones de salud de VRNF, recién nacida, requirió de maniobras de reanimación neonatal, se intubó y se aspiró tráquea obteniendo meconio espeso de vía aérea, por lo que ingresó a terapia intensiva neonatal para manejo de asfixia perinatal severa, deteriorándose su estado hemodinámico, encontrándose con ventilación mecánica, quien falleció a las 11:20 horas del 4 de julio de 2018.

22. En la opinión médica que emitió especialista del Colegio de la Profesión Médica del Estado de San Luis Potosí, determinó que la práctica médica realizada para atender a V1, por el personal del Hospital del Niño y la Mujer, no fue adecuada ya que teniendo en cuenta los antecedentes de gestación prolongada, oligoamnios, la falta de estudios de flujo doppler de circulación fetal, se decidió realizar una inducto-conducción de más de 24 horas, sin monitoreo electrónico

continuo y 20 horas de ruptura de membranas, precisó que la atención médica no fue completa ya que los resultados neonatales de un producto con asfixia perinatal severa, encefalopatía hipoxico-isquémica grado III, crisis convulsivas que condicionaron dependencia a oxígeno y ventilación mecánica hasta casi 10 meses en que finalmente falleció el neonato.

23. 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, **B. Derecho de las mujeres a una vida libre de violencia**, por violencia obstétrica y **C. Derecho a la información en los servicios de salud.** Por la omisión de integración correcta de expediente clínico.

24. Cabe precisar que, a la fecha de elaboración de la presente recomendación, no 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, aun y cuando este Organismo Autónomo dio vista el 13 de marzo de 2020.

IV. OBSERVACIONES

25. 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.

26. 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.

27. 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.

28. 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, inoportuna e incompleta atención médica, **B. Derecho de las mujeres a una vida libre de violencia**. Por violencia obstétrica y **C. 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 del Niño y la Mujer "Dr. Alberto López Hermosa", donde ingresó con diagnóstico de segundo embarazo de 43 semanas de gestación, al presentar dolor tipo obstétrico y haber sufrido una caída desde su propia altura, que al momento de requerir espacio en la sala de expulsión para parto vaginal no se contó con espacio disponible, lo que tuvo como consecuencia que VRNF, sufriera asfixia perinatal severa, que complicó su salud y derivó en su fallecimiento.

29. 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

30. 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.

31. 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.

32. De las evidencias que al respecto se recabaron se observó que V1, de 21 años de edad, quien el 7 de septiembre de 2017, con un diagnóstico de 43 semanas de gestación, fue referida al Hospital del Niño y la Mujer "Dr. Alberto López Hermosa" para recibir atención médica, ya que acudió al presentar dolor tipo obstétrico, misma que refirió haber sufrido una caída desde su misma altura.

33. Ahora bien, del primer informe rendido mediante escrito de 14 de febrero de 2018, por parte de apoderada legal del Organismo Descentralizado de la Administración Pública Estatal denominado Servicios de Salud de San Luis Potosí, al que pertenece el Hospital del Niño y la Mujer "Dr. Alberto López Hermosa",

informó que V1, ingresó a ese nosocomio a las 21:35 horas del 7 de septiembre de 2017, que se realizaron estudios de laboratorio y gabinete, estando en todo momento bajo cuidados, que 9 de septiembre de 2017, se indicó pasarla a sala de expulsión y se atendió parto vaginal obteniéndose a las 11:16 horas a recién nacida única, femenino de 38.4 semanas de gestación, Apgar 0-3, Silverman, aderson 0-0, flácido, sin tono y coloración disminuida, con circular de cordón a cuello una vuelta.

34. Del expediente clínico que se integró a V1, en el Hospital del Niño y la Mujer "Dr. Alberto López Hermosa", se hizo constar las valoraciones médicas de los días 7, 8 y 9 de septiembre de 2017, en los que se destacó que V1, ingresó al área de trabajo de parto a las 21:35 horas del 7 de septiembre de 2017, siendo atendida por AR1, personal médico, pasó a sala de labor con vigilancia uterina realizándose cuatro valoraciones médicas el 8 de septiembre de 2017, en dos de ellas, sin que se señalara la hora de la atención, del que se indicó inducción de trabajo de parto, siendo valorada por AR2 y AR3, personal médico especialista en ginecología, indicándose que a las 22:10 horas del 8 de septiembre V1 alcanzó un 70% de borramiento, y a las 22:55 horas se indicó vigilancia de parto, sin que en el trascurso de las primeras horas del 9 de septiembre de 2017, se asentara alguna indicación o vigilancia médica.

35. Las constancias médicas que al respecto acompañan al informe médico, se documentó que para las 08:00 horas del 9 de septiembre de 2017, V1 solicitó su alta voluntaria, misma que se encontró no colaboradora con el personal médico asentándose que la trabajadora social dialogó con Q1, quien refirió que deseaba llevarse a V1 ya que la veía mal y no le hacían caso, que estaba desde las 23:00 horas del día anterior en ese servicio y no se le atendía, que se le explicaron los riesgos de la alta, poco después ingresó una hermana de V1, quien la tranquilizó para que la revisaran.

36. El 9 de junio de 2018, a las 09:55 horas, AR4, personal médico, reportó en nota médica que V1, aceptó revisión de la frecuencia cardiaca fetal con doppler de 134 latidos por minuto, perdida transvaginal de líquido amniótico escaso, y a las

11:00 horas, asentó en nota médica que V1 presentó dilatación cervical completa, con intenso dolor obstétrico, frecuencia cardiaca fetal de 110-124 latidos por minuto, por lo que se indicó pasar a la sala de expulsión, donde no había espacio para V1, por lo que señaló que existía pronóstico reservado a evolución, con riesgo de asfixia perinatal y muerte fetal.

37. En este orden de ideas, de acuerdo a lo manifestado a V1, después de su ingreso, la noche del 8 de septiembre de 2017, la pasaron a sala de labor de parto, que de la revisión que realizó personal médico a las 11:00 horas del 9 de septiembre de 2017, le informó que su bebé ya estaba por nacer, y le dijo "*ya no puje, porque él bebe no puede salir ahorita, no hay sala de parto desocupada*".

38. La evidencia indica que, de acuerdo con la nota de evolución de 9 de septiembre de 2017, se encontró a V1, en espera de ocupar un lugar en sala de expulsión debido a la atención de dos partos, que a las 11:17 horas de ese día, tras pasar a V1, a la sala de expulsión, se obtuvo parto vaginal de recién nacido femenino, con circular de cordón en cuello, por lo que requirió de atención médica.

39. En este contexto, de las constancias que fueron recabadas por este Organismo respecto a la atención médica que recibió VRNF, se cuenta con oficio 16969 de 16 de julio de 2018, suscrito por el Subdirector de Asuntos Jurídicos de Servicios de Salud, en el que adjuntó resumen clínico de la atención médica que recibió VRNF, en el que informó que la recién nacida requirió del inicio de maniobras de reanimación neonatal, se intubó y se aspiró tráquea obteniendo meconio espeso de vía aérea, se inició ventilación con presión positiva sin respuesta, se inició compresión torácicas con recuperación de frecuencia cardiaca, pero sin esfuerzo respiratorio adecuado, se ingresó a terapia intensiva neonatal para manejo de asfixia perinatal severa, sepsis temprana por ruptura de 20 horas de evolución y descartar síndrome de aspiración de meconio. Con Apgar de 0-3, peso al nacer de 2620 gramos, talla 49 centímetros.

40. La autoridad responsable precisó que desde sus primeros días en terapia neonatal presentó deterioro hemodinámico que requirió manejo con aminas vasogénicas y estatus epiléptico-crisis convulsivas desde las 24 horas de vida, datos de falla renal manifestada por anuria, los cuales fueron trasladados, así como problemas de coagulopatia, que el 3 de julio de 2018, presentó cuadro de fiebre, el 4 de julio de 2018, se reportó a VRNF con deterioro hemodinámico quien falleció a las 11:20 horas.

41. 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 por el personal del Hospital del Niño y la Mujer, no fue adecuada ya que teniendo en cuenta los antecedentes de gestación prolongada, oligoamnios, la falta de estudios de flujo doppler de circulación fetal, se decidió realizar una inducto-conducción de más de 24 horas, sin monitoreo electrónico continuo y 20 horas de ruptura de membranas, no se siguió ningún protocolo de los ya existentes.

42. En la opinión médica se destaca que la atención médica no fue oportuna puesto que en expediente clínico no se encontró evidencia que se haya informado a la gestante que tenía que acudir en la fecha probable de parto a valoración obstétrica y posteriormente se le indicaría en qué fecha volver a acudir a nueva valoración, acudió hasta después de semana 43, y no fue completa ya que los resultados neonatales fue de un producto con asfixia perinatal severa, encefalopatía hipoxico-isquémica grado III, crisis convulsivas que condicionaron dependencia a oxígeno y ventilación mecánica hasta casi 10 meses en que finalmente falleció el neonato.

43. La opinión médica señala que las omisiones descritas que se cometieron eran previsibles para la ciencia médica ya que el llevar a cabo una valoración de riesgos y beneficios permitiría tomar la mejor decisión de interrupción del embarazo en el momento adecuado, que, aunque existe también responsabilidad de V1, al no permitir la revisión obstétrica en las últimas horas de trabajo de parto.

44. En el mismo aspecto, la opinión médica señaló que existe responsabilidad institucional ya que es parte de su función contar con la infraestructura suficiente y el personal médico suficiente y capacitado para atender la demanda de servicios en área tocoquirurgica, también es parte la función de supervisar que la práctica médica, así como verificar que los expedientes cuenten con las notas de evolución en los días y horas que se realicen.

45. 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 de los servidores públicos y la 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.

46. 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.

47. 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 de las mujeres a una vida libre de violencia
por violencia obstétrica.

48. En este aspecto de la evidencia, V1 manifestó que durante su estancia en el Hospital del Niño y la Mujer "Dr. Alberto López Hermosa", específicamente el 9 de septiembre de 2017, en que nació VRNF, recibió malos tratos por parte de personal de enfermería que le dijo textualmente "*la niña ya falleció por su culpa, por estar de escandalosa, chillona y gritona*", situación que indica una falta de calidad en la atención médica brindada.

49. Es importante señalar, que, de acuerdo con el primer informe de la autoridad, rendido por la Apoderada Legal del Organismo Descentralizado de la Pública Estatal denominado Servicios de Salud de San Luis Potosí, al que pertenece el Hospital del Niño y la Mujer "Dr. Alberto López Hermosa", adjuntó listado de relación de personal médico y de enfermería que atendieron en la labor de parto V1, en el que se señaló a AR5, AR6, y AR7 personal de enfermería.

50. Además, que, en la opinión elaborada por médicos especialistas en Ginecología y Pediatría del Colegio de la Profesión Médica, se advierte que la atención que se proporcionó a V1 no fue la adecuada, oportuna y eficaz lo que tuvo como consecuencia el resultado de la asfixia perinatal severa de VRNF, quien falleció el 4 de julio de 2018, y considerando que en la referida opinión médica se resalta que las omisiones pudieron ser previsibles para la ciencia médica, por lo que se evidenció un caso de violencia obstétrica como lo señala el artículo 3, fracción XI, inciso b) de la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia en el Estado de San Luis Potosí.

51. En la citada ley, se define la violencia obstétrica como "todo abuso, acción u omisión intencional, negligente y dolosa que lleve a cabo el personal de salud, de manera directa o indirecta, que dañe, denigre, discrimine, o de un trato deshumanizado a las mujeres durante el embarazo, parto o puerperio; que tenga como consecuencia la pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente

sobre su cuerpo y sexualidad. Puede expresarse en: (....), b) Omisión de una atención oportuna y eficaz en urgencias obstétricas."

52. Al respecto, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos en su informe de 2007, sobre Acceso a la Justicia para Mujeres Víctimas de Violencia en las Américas, en el abordaje de violencia contra las mujeres, señaló que la Declaración de las Naciones Unidas Sobre Todas las Formas de Violencia contra la Mujer, consagra en su artículo 4° que los Estados deben actuar con la debida diligencia para prevenir e investigar todo acto de violencia contra las mujeres que sea perpetrado tanto por el Estado como por particulares.

53. Se advierte también que se vulneró el derecho de V1, en su condición de mujer, en razón de que las autoridades responsables no tomaron las acciones efectivas para garantizarle el derecho a ser libre de toda forma de violencia, como lo establece el artículo 2° y 3° de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer.

54. Además las autoridades señaladas como responsables inobservaron lo dispuesto en los artículos 4°, 6° fracción VI, 18, 51 fracción III, y 52 de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia; así como la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Estado de San Luis Potosí, que en términos generales señala que la violencia en contra de la mujer, se define como las acciones que dilatan, obstaculizan o impiden el goce y ejercicio de los derechos humanos de las mujeres, que por tanto a las víctimas de cualquier tipo de violencia se les debe brindar atención médica, psicológica y jurídica de manera integral, gratuita y expedita; que tienen derecho a ser tratadas con respeto a su integridad y al ejercicio pleno de sus derechos, contar con protección inmediata y efectiva.

55. En este sentido, cabe resaltar que en el presente caso las autoridades incumplieron con lo señalado en los artículos, 7 y 8 de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer "Convención de Belem Do Para", 4 de la Declaración Sobre la Eliminación de la

Violencia Contra la Mujer, y del Protocolo Facultativo de la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer, que señalan el deber del Estado para actuar con diligencia para prevenir, investigar y sancionar la violencia contra la mujer.

Derecho a la información en los servicios de salud

Por la omisión de integración correcta de expedientes clínicos

56. En este aspecto de la evidencia, se advirtió omisiones en la integración del expediente clínico que se integró a V1 en el Hospital del Niño y la Mujer "Dr. Alberto López Hermosa", se observó que las notas médicas realizadas el 8 de septiembre de 2017, contiene datos ilegibles específicamente nombre del médico, así como nota médica ilegible, sin fechas. 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.

57. En este aspecto, la opinión médica señaló que, si bien la atención médica que recibió VRNF fue adecuada, oportuna, completa y eficaz, ya que se recibió con asfixia meconial, con circular de cordón, que no fue posible revertirla, no obstante, en el expediente clínico consta la falta de notas médicas del 9 de septiembre de 2017 al 31 de diciembre de 2017, ignorándose la causa. Además, no se encontró certificado de defunción en expediente.

58. 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.

59. 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.

60. 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.

61. 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

62. 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.

63. Cabe precisar que mediante oficio 1VOF-0324/2020, recibido el 13 de marzo de 2020, en el Órgano Interno de Control de los Servicios de Salud de San Luis Potosí, por el cual dio vista de la queja presentada por V1, sin que a la fecha de la presente recomendación se informara sobre el procedimiento iniciado, substanciando o en su caso concluido sobre la existencia o no de responsabilidad administrativa del personal médico que atendió a V1 del 7 al 9 de septiembre de 2017, en el Hospital del Niño y la Mujer "Dr. Alberto López Hermosa".

64. 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 eran previsibles para la ciencia médica, situación por la que se debe investigar las responsabilidades administrativas en las que pudieron haber incurrido personal médico como de enfermería que brindó atención médica, y que es identificado como AR1, AR2, AR3, AR4, AR5, AR6 y AR7.

65. 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

66. 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.

67. 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.

68. 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 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, garantías de no repetición, obligación de investigar los hechos, así como identificar, localizar, detener, juzgar y, en su caso, sancionar a los responsables.

69. 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".

70. 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.

71. 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.

72. 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.

73. 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.

74. 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 del Niño y la Mujer "Dr. Alberto López Hermosa" se cuente con infraestructura suficiente, personal médico suficiente y capacitado para atender la demanda de servicios en área tocoquirurgica, además de establecer mecanismos de supervisión de la práctica médica establecida, y verificar que los expedientes cuenten con las notas de evolución en los días y horas en que se realicen, 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 derivada de la vista realizada por este organismo mediante oficio 1VOF-0324/2020, recibido en ese Órgano Interno de Control el 13 de marzo de 2020, 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.

75. 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.

76. 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.

77. 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 ANDRES LÓPEZ ESPINOSA
PRESIDENTE