

**RECOMENDACIÓN NO. 06/2022**

**SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A DERECHOS HUMANOS: DERECHO DE LA PROTECCIÓN A LA SALUD Y A LA VIDA, DERECHO DE LAS MUJERES A UNA VIDA LIBRE VIOLENCIA Y DERECHO A LA INFORMACIÓN:**

(Por inadecuada, inoportuna, incompleta e ineficaz atención médica, violencia obstétrica y por la omisión de integración correcta de expediente clínico)

San Luis Potosí, S. L. P., 6 de septiembre de 2022

**DR. DANIEL ACOSTA DÍAZ DE LEÓN**  
**DIRECTOR GENERAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL ESTADO DE**  
**SAN LUIS POTOSÍ**

**DR. JORGE AGUILAR GARCÍA**  
**DIRECTOR GENERAL DEL HOSPITAL CENTRAL**  
**"DR. IGNACIO MORONES PRIETO"**

**Distinguidos Directores:**

1. La Comisión Estatal de Derechos Humanos, con fundamento en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero, y 102 apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 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-0345/20, sobre el caso de violaciones a los derechos humanos en agravio de V1, V2 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 dicten las medidas de protección correspondientes, 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 omisión de atención médica en el Hospital del Niño y la Mujer "Dr. Alberto López Hermosa", Hospital Central "Dr. Ignacio Morones Prieto" y Hospital General de Soledad de Graciano Sánchez, con motivo de su embarazo.

4. V2 manifestó que el 31 de julio de 2020, a las 16:00 horas, en compañía de V1 quien presentaba dolores inherentes a trabajo de parto, acudió al Hospital del Niño y la Mujer "Dr. Alberto López Hermosa", que al llegar al área de urgencias les hicieron preguntas y al notar que V1, tenía escurrimiento nasal, le indicaron que no la podían atender que acudieran al Hospital Central "Dr. Ignacio Morones Prieto", sin que recibiera ninguna revisión aun y cuando presentaba trabajo de parto, siendo remitida hasta las 21:00 horas de ese día, al Hospital Central.

5. V2 precisó que a las 21:20 horas al llegar al área de urgencias del Hospital Central "Dr. Ignacio Morones Prieto", les refirieron que no les era posible atender a V1, toda vez que probablemente tenía COVID-19, indicándoles que la trasladara al Hospital General de Soledad de Graciano Sánchez, es así que al arribar a dicho nosocomio les negaron el servicio argumentando que no tenían doctor y no había lugar.

6. Posteriormente se trasladaron a un hospital particular donde le pedían un depósito de \$50,000.00 (cincuenta mil pesos 00/100 M.N.), razón por la cual optaron por regresar al Hospital del Niño y la Mujer "Dr. Alberto López Hermosa", donde les negaron nuevamente la atención médica, pero la persona que los acompañó les dijo que los tenían que atender, siendo la manera en que fue recibida en ese hospital.

7. V2, señaló que a las 05:00 horas del 1 de agosto de 2020, le informaron sobre el nacimiento de VRNF, que la estaban intubando y era necesario recibir atención médica, sin embargo, posteriormente le informaron del fallecimiento de su hija.

8. Para la investigación de la queja, se radicó el expediente de queja **1VQU-0345/2020**, dentro del cual se recopilaron datos y documentos relacionados con los hechos, se solicitó información a las autoridades señaladas como responsables, se recabó expediente clínico y constancias, opinión médica, cuya valoración es objeto de análisis en el capítulo de Observaciones de la presente Recomendación.

## II. EVIDENCIAS

9. Queja que presentó V2 de 03 de agosto de 2020, en contra de servidores públicos del Hospital del Niño y al Mujer “Dr. Alberto López Hermosa”, Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto” y Hospital General de Soledad de Graciano Sánchez, por la inadecuada atención médica que recibió V1, con motivo de su embarazo, que tuvo como consecuencia que VRNF, naciera con datos de asfixia perinatal severa y falleciera el 1 de agosto de 2020, en la que agregó:

9.1 Que V1, tenía seguimiento médico en el Hospital del Niño y la Mujer, que contaba con 42 semanas de gestación, y le habían indicado como fecha probable de parto del 16 de julio al 1 de agosto de 2020. En este sentido, el 31 de julio de 2020, a las 16:00 horas se encontraba en su domicilio en el Estado de Zacatecas, cuando V1, comenzó a arrojar un poco de líquido por la vía vaginal, por lo que se trasladaron al Hospital del Niño y la Mujer. Que a las 17:00 horas, al llegar al área de urgencias, les hicieron preguntas y al notarle escurrimiento nasal, les indicaron que no los podían atender que acudieran al Hospital Central, que no la revisaron no obstante que ya se encontraba en trabajo de parto, pues presentaba contracciones, remitiéndola a dicho hospital a las 21:00 horas. Al no conocer la ubicación del nosocomio abordó un taxi y dejar su vehículo particular en el estacionamiento del Hospital del Niño y la Mujer.

**9.2** Indicó que a las 21:20 horas, llegaron al área de urgencias del Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto”, donde a la 01:00 horas de 1 de agosto, les indicaron que no la podían atender toda vez que probablemente tenía COVID-19, que la trasladaran al Hospital General de Soledad de Graciano Sánchez, toda vez que ahí atendían ese tipo de pacientes, sin revisar las condiciones en las que se encontraba V1.

**9.3** Refirió que a las 01:25 horas del 1 de agosto de 2020, arribaron al Hospital General de Soledad de Graciano Sánchez, donde les negaron el servicio argumentando que no tenían doctor y no había lugar, tampoco revisaron el estado en el que se encontraba V1.

**9.4** Derivado de lo anterior a las 01:40 horas acudió a una clínica particular en la que le pedían un depósito de \$50,000.00 (cincuenta mil pesos 00/100 MN), para poder ingresar a V1. Por lo que a recomendación del taxista es que regresaron al Hospital del Niño y la Mujer “Dr. Alberto López Hermosa”, donde arribaron a las 02:40 horas, y nuevamente les negaron la atención médica, y posteriormente fue ingresada V1.

**9.5.** V2 señaló que a las 05:00 horas le informaron que su hija había nacido a las 04:45 horas, que se encontraba bien, pero la estaban intubando porque había tomado líquido y necesitaban limpiarle los pulmones. A las 06:00 horas, personal del hospital le indicó que su hija había fallecido, y que debía de conseguir una funeraria y que obligatoriamente tenía que incinerar a su hija porque probablemente tenía COVID-19, que no era posible llevarse el cadáver a su lugar de origen.

**10.** Oficio 19838, de 17 de septiembre de 2020, signado por el entonces Subdirector de Asuntos Jurídicos de Servicios de Salud en el Estado de San Luis Potosí, en el que informó que V1, no tenía control prenatal en el Hospital del Niño y la Mujer “Dr. Alberto López Hermosa”, toda vez que ese servicio se otorga en las unidades de primer nivel, que se tiene registro de que la paciente acudió en dos ocasiones al Servicio de Urgencia a revisión, el 09 de julio de 2020, a las 11:40

horas y el 21 de julio a las 15:00 horas, que el día 31 de julio de 2020, acudió nuevamente al Servicio de Urgencias con registro a las 18:05 horas, donde se realizó valoración de TRIAGE, clasificándose en verde, posteriormente se le llamó para valoración a las 20:10 horas y no se le encontró en la sala de espera, dejando constancia de ello.

**10.1** Posteriormente acudió de nueva cuenta a ese nosocomio con trabajo de parto, en periodo expulsivo el día 1 de agosto de 2020, se atendió el parto a las 03:23 horas, obteniendo producto de V1, a su ingreso presentaba signos y síntomas sospechosos para COVID-19, por lo que se hospitalizó en el área dispuesta para el manejo de aislamiento, con el objeto de preservar la seguridad de otras pacientes y con protección especial para el personal que las atiende, a la cual se puede acceder bajo medidas estrictas y así evitar la propagación que dicha pandemia representa, indicó que el resultado de laboratorio fue positivo para COVID-19.

**10.2** Copia simple del expediente clínico de la atención médica que recibió V1 en el Hospital del Niño y la Mujer “Dr., Alberto López Hermosa”, de cuyas constancias se destacan las siguientes:

**10.2.1** Reporte de ultrasonido obstétrico, de 5 de marzo de 2020, signado por personal del Hospital del Niño y la Mujer “Dr. Alberto López Hermosa”, en el que se asentó fotometría acude con amenorrea referida de 21 semanas de gestación. Las demás anotaciones son ilegibles.

**10.2.2** Evaluación del TRIAGE obstétrico de 9 de julio de 2020, a las 10:23 horas, signado por personal del Hospital del Niño y la Mujer “Dr. Alberto López Hermosa”, en el que se asentó que el motivo de la consulta fue por probable presentación podálica, se estableció código verde (urgencia no calificada). Nota de revisión a las 11:40 horas, en el que se le dio cita en una semana, datos de alarma.

**10.2.3** Evaluación del TRIAGE obstétrico de 21 de julio de 2020, a las 12:45 horas, signado por AR1 personal del Hospital del Niño y la Mujer “Dr. Alberto López

Hermosa”, en el que se asentó como motivo de consulta valoración por edad gestacional, se estableció código verde (urgencia no calificada). Nota de revisión a las 15:00 horas, con diagnóstico de III embarazo intrauterino de 40.5 semanas de gestación.

**10.2.4** Nota de remisión de 31 de julio de 2020, en la que se asentó que AR2, personal médico del Hospital del Niño y la Mujer “Dr. Alberto López Hermosa” que a las 18:05 horas V1 acudió al presentar frecuencia cardiaca de 103, temperatura de 36.7, sin registro de dilatación, borramiento, membranas, vasoespamos, sin anotar diagnóstico, plan de manejo, solamente en observaciones se asentó que se le llamó a las 20:10 horas y no se encontraba en sala de espera.

**10.2.5** Folio 01029822, TRIAGE adultos de 31 de julio de 2020, a las 09:53 pm horas, signado por personal del Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto”, en el que se asentó lo siguiente: “[...] *acude proveniente del Hospital del Niño y la Mujer refiriendo presentar tos de 5 días de evolución, en esos momentos refiere mejoría únicamente esporádica, niega fiebre, cefalea, conjuntivitis, rinorrea, odinofagia, mialgias, artalgias, niega otra sintomatología respiratoria, ginecología refiere acudir por escaso sangrado mucoso. Recomendaciones: se comenta con servicio ginecología y obstetricia quienes refieren envío a Hospital COVID-19, (Hospital General de Soledad), por cumplir criterios de sospecha (tos, febrícula), por indicación de subdirectivo de guardia, para su correspondiente valoración y manejo, ya que no se cuenta con disponibilidad en estos momentos de área respiratoria en nuestra institución [...]*” (sic). Atención de urgencia no calificada.

**10.2.6** Hoja diaria del servicio de urgencias en la que se asentó el nombre de V1, y edad, sin mayores registros de datos ni fecha ni folio de atención.

**10.2.7** Hoja de notas medicas expedida por clínica particular, de 1 de agosto de 2020, a las 00:25 horas, en el que se asentó que V1, acudió a urgencias con 42 semanas de gestación por fecha de ultima regla con actividad uterina desde las 16:00 horas, 3 cm de dilatación, meconio viejo. Caída de frecuencia cardiaca fetal de 60 latidos por minuto. Lo demás ilegible. Se asentó que V1 solicitó su alta

voluntaria por razones económicas y desea traslado al Hospital del Niño y la Mujer, se envía para su manejo.

**10.2.8** Nota de evolución y/o interconsulta realizada el 1 de agosto de 2020, a las 03:50 horas, en la que personal del Hospital del Niño y la Mujer "Dr. Alberto López Hermosa", asentó nota postparto, paciente con dilatación y borramiento completos, se procede a sala de expulsión, se coloca en posición ginecológica, asepsia genital, colocación de campos estériles. Las demás anotaciones son ilegibles. Nota de 1 de agosto de 2020, en la que se asentó que V1, como evolución asintomática, no presenta tos seca o productiva, sin datos de insuficiencia respiratoria, alerta, reactiva, glasgow 5. Pendiente resultado de COVID. Plan de estudio y/o tratamiento vigilancia de puerperio y condición respiratoria.

**10.2.9** Historia perinatal y del recién nacido, de 1 de agosto de 2020, en la que se hizo constar que el 31 de julio de 2020, a las 22:00 horas, V1, presentó rompimiento de membranas y líquido amniótico meconial. Que el 01 de agosto de 2020, a las 03:23 horas, se llevó a cabo el nacimiento de VRNF, se asentó que se le proporcionó fuente de calor, secado, posición de cabeza, aspiración nariz-boca, estímulo táctil, PPI con bolsa, intubación endotraqueal por panea. Observaciones presenta deterioro, dificultad respiratoria, disminución del tono, saturación 60%, sin esfuerzo respiratorio, se intuba sin lograr aumento de saturación entre 30-40% por 2 minutos, posterior sube hasta 78-84%. En el diagnóstico se asentó temperatura de recién nacido 39.2, síndrome de aspiración de meconio y asfixia perinatal.

**10.2.10** Nota de defunción de 1 de agosto de 2020, las 05:00 horas, en la que se asentó que VRNF, se encontró en muy malas condiciones generales en cuna térmica con temperatura baja, hipotérmico cianótico, intubado, con polipnea, aleteo nasal, brote intercostal y disociación. Antecedentes perinatales, madre de 25 años, gesta III, para III, control prenatal. El 31 de julio de 2020, acudió a consulta al área de revisión obstétrica a las 17:45 horas, atendida en consulta a las 18:05 horas, donde se consignó actividad irregular y amnios integra, no se

ingresó a la paciente, se envió al Hospital Central, la rechazaron, acudió al Hospital de Soledad.

**10.2.11** Posteriormente acudió a clínica particular donde detectaron caída de frecuencia cardiaca, madre con tos, rinorrea y conjuntivitis de 5 días. Dadas las malas condiciones ventilatorias con dificultad respiratoria severa se le intubó, con saturaciones entre 73 a 84% persistiendo con datos de dificultad respiratoria con SAG, con buena entrada de aire en ambos campos pulmonares, el tórax se observaba “en tonel” (sic), el recién nacido con meconio en piel, cordón umbilical intensamente teñido de meconio. Neurológicamente con irritabilidad. Se decidió su traslado al área COVID de pediatría urgencias, presentó paro cardiorrespiratorio en el trayecto al llegar al área con bradicardia severa se dan maniobras avanzadas sin respuesta. Diagnóstico de defunción: 1.- Asfixia perinatal severa. 2.- Síndrome de aspiración de meconio. 3.- Sospecha de SARS- COVID-19. 4.- Recién nacido a término de 39.2 SDG con peso adecuado. Se declaró hora de fallecimiento a las 04:45 horas.

**10.2.12** Nota de egreso de 1 de agosto de 2020, en la que se asentó en el resumen de evolución y estado en que se encontraba V1, lo siguiente: “[...] *acude a urgencias de ginecología por dolor de tipo obstétrico y en tercer periodo expulsivo de trabajo de parto. A la exploración signos vitales dentro de parámetros normales, sin datos de vaso espasmo, fondo uterino de 28 cm., producto único vivo longitudinal cefálico, con 10 cm., de dilatación y 100% de borramiento con líquido amniótico meconial. Pasa a sala de labor al área de expulsivo atendándose día 1 de agosto de 2020, a las 03:23 hrs. Recién nacido vivo femenino de 39 SDG por capurro, peso de 2845 gr., talla 53 cm., APGAR 4-5 S-A 5, sin malformaciones congénitas aparentes, se revisa canal vaginal sin encontrar desgarros. Sangrado aproximado de 200 ml, se ofrece método de planificación familiar no aceptando. Egres a puerperio de Área Covid por sintomatología respiratoria deambulando en buenas condiciones generales, signos vitales dentro de parámetros normales. Tolerando vía oral deambulando, diuresis presente. Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación profunda, fondo uterino con adecuada involución por debajo de cicatriz umbilical. Sangrado transvaginal*

*escaso, no fétido, hemático. Tras manejo oportuno y valoración en puerperio inmediato, se decide egreso por evolución clínica satisfactoria [...]” (sic).*

**10.2.13** Nota de evolución y/o interconsulta de 2 de agosto de 2020, a las 17:00 horas, en la que se asentó que a V1, se le dio de alta por mejoría.

**10.2.14** Nota informativa de 3 de agosto de 2020, signado por el Jefe de Pediatría del Hospital del Niño y la Mujer “Dr. Alberto López Hermosa”, en el que informó a la entonces Directora de dicho nosocomio lo siguiente: “[...] *informo de las situación ocurrida el pasado 1 de agosto de 2020, aproximadamente a las 13:00 horas, se informa de la falta de realización del Certificado de Nacimiento del hijo de V1, que se recibió en el área de pacientes respiratorios obstétricos y posteriormente falleció a pesar de la atención, las pediatras adscritas que atendieron el caso ya no se encontraban laborando en la Unidad por terminar su jornada de trabajo, por lo cual acudí a realizar su llenado de acuerdo a lo consignado en el expediente por las médicos tratantes [...]” (sic).*

**10.2.15** Informe de prueba de 5 de agosto de 2020, a las 14:49 horas, signado por el Jefe del Departamento de Apoyo a Vigilancia Epidemiológica y Director del Laboratorio Estatal de Salud Pública, en el que se asentó que V1, obtuvo resultado positivo, diagnóstico COVID-19, técnica utilizada RT-PCR en tiempo real.

**10.2.16** Informe de prueba de 5 de agosto de 2020, a las 14:49 horas, signado por el Jefe del Departamento de Apoyo a Vigilancia Epidemiológica y Director del Laboratorio Estatal de Salud Pública, en el que se asentó que VRNF, obtuvo resultado negativo, diagnóstico COVID-19, técnica utilizada RT-PCR en tiempo real.

**11.** Oficio 960/AML/2020, de 5 de octubre de 2020, signado en ese entonces por el Jefe del Departamento de Asesoría Médico Legal, del Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto”, en el que indicó que no es posible remitir copia del expediente clínico de V1, toda vez que este no fue generado, sin embargo, se

cuenta con dos fojas, constancias de la atención brindada y el motivo de traslado al Hospital General de Soledad de Graciano Sánchez.

**11.1** Folio de Triage 01029822, de 31 de julio de 2020, a las 09:53 horas, signado por personal del Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto”, en el que se asentó que V1, “[...] *proviene del Hospital del Niño y la Mujer, refiriendo presentar tos de 5 días de evolución, refiere mejoría únicamente tos esporádica, niega fiebre, cefalea, conjuntivitis, rinorrea, odinofagia, mialgias, artalgias, niega otra sintomatología respiratoria, ginecología refiere acudir por escaso sangrado mucoso. Observaciones: se comenta con servicio ginecología y obstetricia quienes refieren envío a Hospital COVID-19, (Hospital General de Soledad), por cumplir criterios de sospecha (tos, febrícula), por indicación de subdirectivo de guardia, para su correspondiente valoración y manejo, ya que no se cuenta con disponibilidad en estos momentos de área respiratoria en nuestra institución [...]*” (sic).

**12.** Oficio 1734, de 27 de octubre de 2020, signado por el entonces Director del Hospital General de Soledad de Graciano Sánchez, en el que informó que, de acuerdo a su base de datos, no se cuenta con registro de atención médica brindada a la paciente V1.

**13.** Oficio 005/CPM/2021, de 11 de agosto de 2021, signado por el entonces Presidente del Colegio de la Profesión Médica del Estado de San Luis Potosí, al que anexó lo siguiente:

**13.1** Opinión médica de 9 de agosto de 2021, que realizó médico especialista del Colegio de la Profesión Médica del Estado de San Luis Potosí, donde concluyó que la práctica médica realizada para atender a V1, aplicada por el personal médico del Hospital del Niño y la Mujer “Dr. Alberto López Hermosa”, Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto” y Hospital General de Soledad de Graciano Sánchez, fue realizada en forma no adecuada, no oportuna, no completa y no eficaz.

**13.2** Indicó que no fue adecuada ya que la Norma Oficial NOM-007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida en el punto 5.2.1.17 menciona que por el alto riesgo de la morbilidad y la mortalidad perinatal toda mujer embarazada con 41 semanas o más, debe ser trasladada al segundo nivel de atención para su valoración y atención.

**13.3** Refirió que no fue oportuna, aunque la paciente acudió el 21 de julio de 2020, al Hospital del Niño y la Mujer "Dr. Alberto López Hermosa", no se le indicó que acudiera a las 41 semanas (24/07/2020), a valoración de interrupción del embarazo.

**13.4** Que no fue completa, acudió a tres hospitales, Hospital del Niño y la Mujer "Dr. Alberto López Hermoso", Hospital Central "Dr. Ignacio Morones Prieto" y Hospital General de Soledad de Graciano Sánchez, y en ninguno le realizaron exploración física obstétrica, hasta que acudió con dilatación completa después de 9 horas que había solicitado atención médica.

**13.5** No fue eficaz ya que al acudir en trabajo de parto y dilatación completa cursando embarazo de 42.1 semanas de gestación, ruptura de membranas de 11 horas, se obtiene un producto con depresión neonatal severa, con líquido meconial, que presenta síndrome de aspiración por meconio que a pesar que se le intuba fallece a los 82 minutos de vida extrauterina condicionado por la asfixia neonatal severa.

**13.6** El omitir la valoración obstétrica a las 41 semanas y haber tomado la decisión de interrumpir el embarazo a las 41 semanas y no permitir que avanzara hasta las 42 semanas sin ninguna monitorización fetal favoreció que el producto presentara morbilidad respiratoria severa que era previsible para la ciencia médica ya que existen protocolos de manejo para esta edad gestacional y así evitar la alta morbilidad y mortalidad perinatal.

**14.** Oficio CGE/OIC-HCDIMP-AI/007/2022 de 01 de junio de 2022, signado por la Autoridad Investigadora del Órgano Interno de Control del Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto, por el cual informó el inicio de la Investigación Administrativa 1.

**15.** Oficio CGE/OIC-SSSLP/346/2022 de 08 de junio de 2022, signado por la Autoridad Investigadora del Órgano Interno de Control de Servicios de Salud de San Luis Potosí, por el cual informó el inicio de la Investigación Administrativa 2.

### **III. SITUACIÓN JURÍDICA**

**16.** Este Organismo Autónomo de Derechos Humanos, inició investigación por los hechos denunciados por V2, por las omisiones e inadecuada atención que recibió V1, con motivo de su embarazo el 31 de julio y 1 de agosto de 2020, en el Hospital del Niño y la Mujer "Dr. Alberto López Hermosa", Hospital Central "Dr. Ignacio Morones Prieto" y Hospital General de Soledad de Graciano Sánchez. Obteniendo como resultado que V1 fuera atendida en el Hospital del Niño y la Mujer donde se obtuvo el nacimiento de VRNF, quien presentó asfixia perinatal severa, síndrome de aspiración de meconio, mismo que falleció el 1 de agosto de 2020.

**17.** De acuerdo al informe rendido por los Servicios de Salud, V1, acudió en dos ocasiones al área de urgencias del Hospital del Niño y la Mujer "Dr. Alberto López Hermosa", los días 09 y 21 de julio del año 2020, a las 11:40 y 15:00 horas respectivamente, posteriormente acudió el 31 de julio de ese año a las 18:05 horas, donde en valoración de TRIAGE, se le clasificó en color verde y al llamarle nuevamente a las 20:10 horas, no se encontraba en el área de espera.

**18.** El 1 de agosto de 2020, a las 03:23 horas, V1, acudió nuevamente al Hospital del Niño y la Mujer "Dr. Alberto López Hermosa", en el expediente clínico asentaron que acudió a urgencias de ginecología por dolor de tipo obstétrico y en tercer periodo expulsivo de trabajo de parto. Que a la exploración presentó signos vitales dentro de los parámetros normales, sin datos de espasmo, fondo uterino de

28 centímetros, con producto único vivo longitudinal cefálico con 10 centímetros, de dilatación y 100% de borramiento con líquido amniótico meconial.

**19.** Pasó a sala de labor al área de expulsivo, que V1, presentó rompimiento de membranas y líquido amniótico meconial, que el 1 de agosto de 2020, a las 03:23 horas, se obtuvo recién nacido vivo femenino de 39 SDG, por capurro, peso de 2845 gr., a quien se proporcionó fuente de calor, secado, posición de cabeza, aspiración nariz-boca, estímulo táctil, PPI con bolsa, intubación endotraqueal por panaea. Que VRNF, presentó deterioro, dificultad respiratoria, disminución del tono, saturación 60%, sin esfuerzo respiratorio, se intuba sin lograr aumento de saturación entre 30-40% por 2 minutos, posterior sube hasta 78-84%.

**20.** Posteriormente se asentó que VRNF, se encontró en muy malas condiciones generales en cuna térmica con temperatura baja, hipotérmico cianótico, intubado, con polipnea, aleteo nasal, brote intercostal y disociación. Que VRNF, falleció el 1 de agosto de 2020, a las 04:45 horas, y se asentó como causas de la muerte a) asfixia perinatal, b) síndrome aspiración de meconio y c) sospecha de SARS COVID.

**21.** 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 parte de personal médico del Hospital del Niño y la Mujer “Dr. Alberto López Hermoso”, Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto” y Hospital General de Soledad de Graciano Sánchez, fue realizada en forma no adecuada, no oportuna, no completa y no eficaz.

**22.** Los derechos fundamentales que se advierten vulnerados y los actos que se acreditaron mismos que se encuentran concatenados entre sí fueron los siguiente: **A. Derecho a la protección de la salud y a la vida por inadecuada, inoportuna, incompleta e ineficaz 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.

**23.** Cabe precisar que, a la fecha de elaboración de la presente recomendación, no se obtuvieron constancias de que se inició un procedimiento administrativo de investigación relacionado con los hechos en contra de los servidores públicos que atendieron el caso, ni que se realizaran acciones para la reparación del daño.

#### **IV. OBSERVACIONES**

**24.** 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.

**25.** 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.

**26.** Antes de entrar al estudio de las violaciones a derechos humanos, es importante precisar que el contexto en que estas sucedieron fueron en los primeros meses de inicio de la pandemia por SARS-Cov-2.

**27.** 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, incompleta e ineficaz atención médica. **B. Derecho de las mujeres a una vida libre de violencia.** Por violencia obstétrica. Por actos atribuibles a Servicios de Salud de San Luis Potosí, a través de la atención proporcionada por personal médico de Hospital del Niño y la Mujer “Dr. Alberto López Hermoso”, Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto” y Hospital General de Soledad de Graciano Sánchez 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 en el Hospital del Niño y la Mujer “Dr. Alberto López Hermosa”.

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

#### **A. Derecho a la protección de la salud y a la vida**

Por inadecuada, inoportuna, incompleta e ineficaz atención médica

**29.** 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 y garantizando la salud y bienestar materna.

**30.** El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer de las Naciones Unidas en su Recomendación General 24, 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.

**31.** De las evidencias que al respecto se recabaron se observó que V1, acudió los días 9, 21 y 31 de julio 2020, al Hospital del Niño y la Mujer “Dr. Alberto López Hermosa”, para atención y valoración de trabajo de parto. El 31 de julio de 2020, a las 18:05 horas, acudió nuevamente al referido nosocomio donde se realizó nota de revisión en la que no se asentaron motivo de consulta sin registro de dilatación, borramiento, membranas, vasoespamos, sin anotar diagnóstico, plan de manejo, solamente en observaciones se asentó que se le llamó a las 20:10 horas y no se encontraba en sala de espera.

**32.** Al respecto V2, precisó que 31 de julio de 2020, a las 16:00 horas, acudió en compañía de V1, al Hospital del Niño y la Mujer “Dr. Alberto López Hermosa”, que al llegar al área de urgencias les hicieron preguntas y al notar que V1, tenía escurrimiento nasal, le indicaron que no la podían atender que acudieran al Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto”, sin que recibiera ninguna revisión aun y cuando presentaba trabajo de parto, siendo remitida hasta las 21:00 horas al Hospital Central.

**33.** Ahora bien, del informe rendido mediante oficio 19838, de 17 de septiembre de 2020, el entonces Subdirector de Asuntos Jurídicos de Servicios de Salud en el Estado de San Luis Potosí, al que anexo el expediente clínico de V1, en el que obra Folio 01029822, de TRIAGE adultos de 31 de julio de 2020, a las 09:53 horas, signado por personal del Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto”, en el que asentaron que V1, acudió proveniente del Hospital del Niño y la Mujer “Dr. Alberto López Hermosa”, que se comentó con servicio de ginecología y obstetricia quienes refirieron envío a Hospital General de Soledad de Graciano Sánchez (Hospital COVID), por cumplir con criterios de sospecha y por indicaciones de

subdirectivo de guardia, para su correspondiente manejo, toda vez que no se contaba con disponibilidad en área respiratorio de ese nosocomio.

**34.** De lo anterior, V2 señaló que posterior a ello traslado a V1, al Hospital General de Soledad de Graciano Sánchez, donde les negaron el servicio argumentando que no tenían doctor y no había lugar. Incluso en el oficio 1734, de 27 de octubre de 2020, signado por el entonces Director de dicho nosocomio informó que, de acuerdo a su base de datos, no se cuenta con registro de atención médica brindada a V1.

**35.** Obra evidencia de nota médica de 1 de agosto de 2020, a las 00:25 horas, en la que se hizo constar que V1, acudió a una clínica particular donde solicitó su alta voluntaria por razones económicas, por lo que se trasladó en taxi al Hospital del Niño y la Mujer "Dr. Alberto López Hermosa".

**36.** En este orden de ideas, de las constancias a las que se allegó este Organismo Autónomo, es posible acreditar que el 1 de agosto de 2020, a las 2:40 horas, V1 y V2, acudieron nuevamente al Hospital del Niño y la Mujer "Dr. Alberto López Hermosa", que a las 03:23 horas, se llevó a cabo el nacimiento de VRNF, a quien de acuerdo con la historia perinatal, se le proporcionó fuente calor, secado posición de cabeza, aspiración nariz-boca, estímulo táctil, PPI con bolsa, intubación endotraqueal por panea. En observaciones se asentó que VRNF, presentó deterioro, dificultad respiratoria, disminución del tono, saturación 60%, sin esfuerzo respiratorio, se intuba sin lograr aumento de saturación entre 30-40%, por 2 minutos, posterior sube hasta 78-84%.

**37.** Posteriormente a las 05:00 horas, en la nota de defunción de VRNF, se asentó que se encontró en muy malas condiciones generales en cuna térmica con temperatura baja, hipotérmico cianótico, intubado, con polipnea, aleteo nasal, brote intercostal y disociación, que dadas las malas condiciones ventilatorias con dificultad severa, con saturaciones entre 73 84% persistiendo con datos de dificultad respiratoria con SAG, con buena entrada de aire en ambos campos pulmonares, el tórax se observaba en tonel, el recién nacido con meconio en piel,

cordón umbilical intensamente teñido de meconio, neurológicamente con irritabilidad.

**38.** Que VRNF fue trasladado al área COVID pediatría urgencias, donde presentó par cardiorrespiratorio en el trayecto al llegar al área con bradicardia severa se dieron maniobras avanzadas sin respuesta por lo que falleció a consecuencia de 1.- Asfixia perinatal severa. 2.- Síndrome de aspiración de meconio. 3.- Sospecha de SARS-COVID-19. 4. RN a término de 39.2 SDG con peso adecuado, declarando como hora de fallecimiento a las 04:45 horas.

**39.** Cabe destacar que, en la nota de defunción de 1 de agosto de 2020, se asentó que el 31 de julio de 2020, V1 acudió a consulta al área de revisión obstétrica a las 17:45 horas, atendida en consulta a las 18:05 horas, donde se consignó actividad irregular y amnios integras, no se ingresó a la paciente, se envió al Hospital Central, la rechazaron, acudió al Hospital de Soledad.

**40.** Ahora bien, de acuerdo con la opinión médica que realizó un perito del Colegio de la Profesión Médica se concluyó que la práctica médica realizada para atender a V1, aplicada por el personal médico del Hospital del Niño y la Mujer "Dr. Alberto López Hermosa", Hospital Central "Dr. Ignacio Morones Prieto" y Hospital General de Soledad de Graciano Sánchez, fue realizada en forma no adecuada, no oportuna, no completa y no eficaz.

**41.** En la opinión médica se destaca que la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida, en el punto 5.2.1.17 menciona que, por el alto riesgo de la morbilidad y la mortalidad perinatal, toda mujer embarazada con 41 semanas o más, debe ser trasladada al segundo nivel de atención para su valoración y atención.

**42.** De igual forma indicó que la atención brindada no fue oportuna, ya que V1, acudió el 21 de julio de 2020, al Hospital del Niño y la Mujer "Dr. Alberto López

Hermosa", sin embargo, no se le indicó que acudiera a las 41 semanas, a valoración de interrupción de embarazo.

**43.** Al respecto de la nota de revisión médica del 21 de julio de 2020, que obra en el expediente clínico que se integró en el Hospital del Niño y la Mujer se asentó que AR1, personal médico fue quien realizó plan de manejo en el que no se realizó anotación para seguimiento de valoración de interrupción de embarazo, así como por parte de AR2, personal médico quien brindó atención médica el 31 de julio de 2020, sin asentar datos de atención médica solo se indicó que V1 no se presentó cuando fue llamada.

**44.** Asimismo en la opinión técnica médica se asentó que no fue completa, toda vez que **V1**, acudió a tres nosocomios tales como Hospital del Niño y la Mujer "Dr. Alberto López Hermosa", Hospital Central "Dr. Ignacio Morones Prieto" y Hospital General de Soledad de Graciano Sánchez, en las que no le fue realizada exploración física obstétrica, hasta que acudió con dilatación completa después de 9 horas que había solicitado atención médica.

**45.** También se concluyó en la opinión médica que la atención médica no fue eficaz ya que al acudir en trabajo de parto y dilatación completa cursando 42.1 semanas de gestación, ruptura de membranas de 11 horas, se obtuvo un producto con depresión neonatal severa, con líquido meconial, así como síndrome de aspiración por meconio que a pesar que se le intubó falleció a los 82 minutos de vida extrauterina condicionado por la asfixia neonatal severa.

**46.** La opinión médica señala que las omisiones en la valoración obstétrica a las 41 semanas de gestación y el haber tomado la decisión de interrumpir el embarazo a las 41 semanas y no permitir que avanzara hasta las 42 semanas sin ninguna monitorización fetal favoreció que el producto presentara morbilidad respiratoria severa que era previsible para la ciencia médica ya que existen protocolos de manejo para esta edad gestacional y así evitar la alta morbilidad y mortalidad perinatal.

**47.** 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.

**48.** 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**

**49.** En este aspecto de la evidencia a la que este Organismo Autónomo, V2, señaló que acudieron a tres nosocomios tales como el Hospital del Niño y la Mujer "Dr. Alberto López Hermosa", Hospital Central "Dr. Ignacio Morones Prieto" y Hospital General de Soledad de Graciano Sánchez, en los que no le fue brindada la atención médica a V1, lo anterior concatenado con la opinión técnica médica por parte del Colegio de Profesión Médica del Estado de San Luis Potosí, en la que se estableció que en dichos nosocomios no le fue realizada exploración física obstétrica, hasta que acudió con dilatación completa después de 9 horas que había solicitado atención médica.

**50.** Además, que, en la opinión elaborada por médicos especialistas en Ginecología y Obstetricia del Colegio de la Profesión Médica, se advierte que la atención que se proporcionó a V1 no fue adecuada, oportuna, completa y eficaz, lo que tuvo como consecuencia el resultado el síndrome de aspiración por meconio de VRNF, quien falleció a los 82 minutos de vida extrauterina condicionado por la asfixia neonatal severa, y considerando 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 4º, fracción XII, inciso b), de la Ley de Acceso de las Mujeres a un 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, 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 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 4º que los Estados deben de actuar con la debida diligencia para prevenir e investigar todo acto de violencia contra las mujeres que sea perpetrado 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 2º y 3º 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 4º, 6º fracción VI, 18, 51 fracción III, y 52 de la Ley General del 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 humano 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 Belém Do Pará”, 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.

**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 en el Hospital del Niño y la Mujer “Dr. Alberto López Hermosa”.

**56.** De las constancias que fueron recabadas por este Organismo y que integra el expediente clínico que se integró en el Hospital del Niño y la Mujer “Dr. Alberto López Hermosa” respecto a la atención médica que recibió V1, se cuenta con evidencias que permiten determinar que no se realizó valoración TRIAGE el 31 de julio de 2020, como se señaló en el informe de autoridad, toda vez que fue utilizada la anterior valoración TRIAGE de fecha 21 de julio de 2020, además de constatar que el reverso de esta última se asentó nota de revisión de fecha 31 de julio de ese año, en la que no se asentó diagnóstico a las 18:05 horas y sólo se

asentó la leyenda que cuando se le llamó no se encontró en sala de espera. No obstante que V2 señaló que llegaron a ese hospital desde las 17:00 horas, sin embargo, al presentar síntomas de Covid le dijeron que no sería atendida, siendo referida hasta las 21:00 horas al Hospital Central "Dr. Ignacio Morones Prieto".

**57.** 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.

**58.** Por lo anterior, 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.

**59.** 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.

**60.** 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 atiende a los pacientes, cuente con la información debida para proporcionar una atención médica de calidad

### **Responsabilidad Administrativa de los Servidores Públicos**

**61.** 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 adecuada, oportuna, completa y eficaz.

**62.** En este sentido en la opinión médica se asentó puntualmente en que consistieron las acciones y omisiones indebidas que se cometieron en agravio de V1, 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 señalados en la presente Recomendación como AR1 y AR2, así como de aquellos que pudieran estar involucrados para efecto de deslindar responsabilidad en la que pudieron haber incurrido.

**63.** Las conductas que desplegaron los servidores públicos, pueden ser constitutivas de responsabilidades administrativa, de conformidad con el artículo 6, fracción VII, de la Ley de Responsabilidades Administrativas para el Estado y Municipios de San Luis Potosí, que establece que los servidores públicos observarán en el desempeño de su empleo, cargo o comisión, los principios de, disciplina, 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**

**64.** Por lo que respecta al pago de 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 Estado 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.

**65.** En el mismo sentido, por en términos de los artículos 1, 2, fracción I, 7, fracciones II, VI, VII y VIII; 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 y V2, se deberá inscribir en el Registro Estatal a cargo de la Comisión Ejecutiva Estatal de Atención a Víctimas.

**66.** En los artículos 19, 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.

**67.** En el Caso Espinoza González Vs. Perú, la Corte Interamericana de Derechos Humanos, 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 daños acreditados, así como las medidas solicitadas para reparar los daños respectivos”.

**68.** 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 respeto de los derechos humanos, en materia de 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 y NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico.

**69.** Finalmente cabe señalar que lo 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.

**70.** La jurisprudencia internacional sobre derechos humanos constituye un elemento internacional sobre derechos humanos constituye un elemento que debe observarse para hacer más amplia la protección a los derechos humanos 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 de los derechos en consonancia con lo que establece el artículo 1, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

**71.** 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.

**72.** En consecuencia, esta Comisión Estatal de Derechos Humanos se permite formular respetuosamente a Ustedes, las siguientes:

## V. RECOMENDACIONES

### **Director General de los Servicios de Salud**

**PRIMERA.** Con la finalidad de que sea Reparado de manera Integral el daño ocasionado a V1 y V2 víctimas directas, instruya a quien corresponda para que sean inscritos en el Registro Estatal de Víctimas, para los términos que resulten procedentes de acuerdo a la Ley de Atención a Víctimas del Estado de San Luis Potosí. Envíe a esta Comisión Estatal las constancias con que se acredite su cumplimiento.

**SEGUNDA.** Como Garantía de No Repetición, planee, diseñe e implemente las capacitaciones para el funcionariado público 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

una valoración adecuada para la resolución de embarazo. Debiéndose aportar la información que al respecto le sea solicitada.

**TERCERA.** Se designe a una persona servidora pública de alto nivel de decisión que fungirá como enlace con esta Comisión Estatal, para dar seguimiento al cumplimiento de la presente Recomendación.

**A usted Director General del Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto”**

**PRIMERA.** Como Garantía de No Repetición, planee, diseñe e implemente las capacitaciones para el funcionariado público 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 una valoración adecuada para la resolución de embarazo. Debiéndose aportar la información que al respecto le sea solicitada.

**SEGUNDA.** Se designe a una persona servidora pública de alto nivel de decisión que fungirá como enlace con esta Comisión Estatal, para dar seguimiento al cumplimiento de la presente Recomendación.

**73.** La presente recomendación, de acuerdo con el artículo 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estado 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.

**74.** Conforme a lo dispuesto en el artículo 113 del Reglamento Interno 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.

**75.** 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.

**GIOVANNA ITZEL ARGÜELLES MORENO  
PRESIDENTA**