

RECOMENDACIÓN NO.08/2022

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

(Por inadecuada, inoportuna, incompleta e ineficaz atención médica y violencia obstétrica)

San Luis Potosí, S. L. P., 7 de octubre 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-0509/20, sobre el caso de violaciones a los derechos humanos 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 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 Central “Dr. Ignacio Morones Prieto” y Hospital del Niño y la Mujer “Dr. Alberto López Hermosa”, con motivo de su embarazo.

4. V1 manifestó que el 25 de noviembre de 2020, a las 08:00 horas, acudió al Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto”, ya que tenía dolor en el vientre al cursar la semana 40 de embarazo, donde le realizaron un ultrasonido y escucharon el corazón del bebé, que el médico le realizó un tacto, diciéndole que le ayudaría para que dilatara más rápido, ya que presentaba dos centímetros de dilatación, por lo que el médico realizó varios movimientos bruscos en su vagina y al terminar le dijo que se cambiara, se levantó y le salió mucho líquido incoloro, al poner en conocimiento del médico, este mencionó que era normal y la envió a su casa.

5. Posteriormente el 26 de noviembre de 2020, a las 02:00 horas, V1, sintió mucho dolor y seguía con salida de líquido, lo que motivo que un familiar la llevara nuevamente al Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto”, donde fue atendida por el mismo médico, quien le realizó un tacto y le indicó que la salida de líquido era normal, por lo que V1, le insistió en que eso no era normal, es así que le practicaron un ultrasonido indicándole nuevamente que todo estaba bien y la enviaron nuevamente a su casa.

6. La víctima refirió que ese mismo día, a las 06:00 horas, las contracciones se presentaban cada dos minutos y eran más dolorosas, que incluso continuaba con salida de líquido, es así que su familiar la traslado al Hospital del Niño y la Mujer “Dr. Alberto López Hermosa”, donde espero dos horas para ser atendida. Indicó

que en el nosocomio la llevaron en una camilla a recibir atención médica, donde un médico con un aparato escuchó los latidos del corazón de VRNF, indicando que todo estaba bien, que la regresaría a su casa.

7. Posteriormente una enfermera observó que se encontraba mal y le avisó al médico, quien realizó un tacto, que aún no estaba listo, pero al insistir la dejaron en internamiento, la colocaron en una cama con suero y la trasladaron a un área donde permaneció hasta las 10:00 horas del 26 de noviembre de 2020 que una doctora la revisó y le informó que no escuchaba los latidos del corazón de VRNF, le hablaron al médico que la había atendido quien indicó que si le había realizado una prueba previa pero no encontraron la documentación.

8. V1, mencionó que a las 11:30 horas, una enfermera le informó que su hija no presentaba frecuencia cardiaca fetal, es así que solicitó le practicasen una cesárea para extraer el cuerpo, indicándole que no, le colocaron un medicamento para que dilatara y la expulsión fuera de forma natural.

9. La víctima refirió que a las 20:20 horas, realizó las labores de expulsión, que hasta que ya estaba afuera la cabeza fue que llegó personal médico para terminar con la expulsión del cuerpo. Que los médicos le informaron que su bebé había fallecido derivado a que el cordón umbilical se le había enredado en el cuello y presentaba una corioamnionitis.

10. Para la investigación de la queja, se radicó el expediente de queja **1VQU-0509/2020**, dentro del cual se recopilaron datos y documentos relacionados con los hechos, se solicitó información a las autoridades señaladas como responsables, se recabaron expedientes clínicos y constancias, opinión médica, cuya valoración es objeto de análisis en el capítulo de Observaciones de la presente Recomendación.

II. EVIDENCIAS

11. Queja que presentó V1, de 2 de diciembre de 2020, en contra de servidores públicos del Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto” y 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 el fallecimiento de VRNF, por interrupción circulación materno fetal, circular de cordón apretado a cuello y corioamnionitis.

12. Oficio 0145/AML/2021, de 19 de marzo de 2021, signado por el entonces Jefe del Departamento de Asesoría Médico Legal, del Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto”, al que anexó la siguiente documentación:

12.1 Hoja de egreso, transferencia y contrareferencia, signado por el Jefe de la División de Ginecología y Obstetricia, en el que asentó que V1, acudió a valoración de primera vez a urgencias de ese nosocomio el 14 de noviembre de 2020, por referir dolor tipo obstétrico, refirió no tener comorbilidades y con control prenatal en Centro de Salud 6 de junio.

12.2 Antecedentes ginecobstetricos de relevancia de 1 cesárea en el 2010, refirió que en ese momento curso con preclamsia severa el cual fue el motivo de la resolución con un producto con peso fetal de 3170 gr, fecha última de regla (FUM) del 22 de febrero de 2020, cuenta con ultrasonido (US) del 23 de septiembre de 2020, de las 31.6 traspalado para 39.2 SDG (acorde), con signos vitales estables y EVA 2/10, niega datos de vasoespasmo, disúricos y movimientos fetales presentes, a la exploración física dirigida con movimientos fetales, frecuencia cardiaca fetal (FCF), 140 (latidos por minuto) lpm con actividad uterina irregular al tacto vaginal con 1 cm. de dilatación 30% de borramiento amnios íntegro sin pérdidas transvaginales, se realiza US con un producto de 36.4 sdg/3054gr/cefálico/placenta corporal anterior/bolsa vertical mayor de 5 cm.

12.3 Se diagnosticó de II embarazo intrauterino (EUI) de 38 SDG por fecha de ultima regla más trabajo de parto en fase latente. El día 22 de noviembre de 2020,

acude a revaloración por dolor tipo obstétrico y salida de tapón mucoso ya respiratorios u otros datos de alarma, exploración intencionada encontrando movimientos fetales, Frecuencia cardiaca fetal presente, al tacto vaginal con 1-2 cm. de dilatación cervical, amnios íntegro Tarnier y Valsalva (-), el ultrasonido con un producto de 38 sdg/3358gr/cefálico/placenta corporal anterior/bolsa vertical mayor de 4.2 cm/percentil 69 para femenino, se toma prueba sin estrés (PSS), la cual se muestra reactiva, se da de alta con cita abierta a revaloración y además cita a las 40 semanas de gestación de ser necesario, se solicita curva de cifras tensionales.

12.4 El 23 de noviembre de 2020, acude a revaloración por dolor tipo obstétrico cursando su II EIU de 40.2 semanas de gestación por FUM, negando datos de alarma niega pérdidas transvaginales u otros, bajo condiciones estables, signos vitales estables (normotensa), afebril, cardiopulmonar sin compromiso, con movimientos fetales (+), FCF 148 lpm en ese momento con actividad uterina regular, al tacto vaginal con 1-2 cm dilatación cervical, el ultrasonido con un producto de 37.1sdg/3280gr/cefálico/placenta corporal anterior/bolsa vertical mayor de 4.1 cm, se toma un registro cardiotocográfico (RCGT) el cual se reporta como categoría 1 se egresa con datos de alarma, bajo condiciones estables, signos vitales estables, con movimientos fetales (+), FCF 136 lpm, con actividad uterina irregular, al tacto vaginal con 2 cm dilatación cervical con Tarnier y Valsalva negativos, el US con producto de 37.4 sdg/3325gr/cefálico/placenta corporal anterior/bolsa vertical mayor de 3.2 cm. Se toma PSS reactiva, y se toman laboratorios (Leucocitos 9.7/Hb 10.7g/dl/HTC 34.6%/Bandas 1%/TP 9.4/TTP 20.9/INR 0.8) se agrega con datos de alarma y cita abierta a urgencias y se cita para resolución en caso de requerirlo para el 28 de noviembre de 2020, en ayuno.

12.5 El 26 de noviembre de 2020, acude a las 04:00 horas, ya conocida, refiere dolor tipo obstétrico, cursando su II EIU de 40.3 semanas de gestación por FUM, refiriendo salida de flujo transvaginal mucoso abundante negando datos de alarma refiere incontinencia urinaria y refiere salida de orina, bajo condiciones estables, signos estables, con movimientos fetales (+), FCF 145lpm, con actividad uterina

irregular (1 contracción de 20 segundos en 10 minutos), al tacto vaginal con 2 cm dilatación y 70% borramiento cervical con Tarnier y Valsalva negativos presenta una micción a la Valsalva, el US con producto de 37.1 sdg/3200 gr/Cefálico/Placenta corporal anterior/Bolsa vertical mayor de 4.0 cm, se toma PSS reactiva (04:30 horas), se realiza una cristalografía como complementación diagnóstica la cual es negativa, se da de alta con cita abierta a urgencias para revaloración en caso de requerirlo, y además cita de revaloración en 48 horas con IDx de II EIU 40.3sdg por FUM + Trabajo de parto fase latente. Posteriormente paciente ya no acude a valoración a esta institución, nunca mostró control de cifras tensionales mostrado en citas previas, ni otros ultrasonidos de su embarazo.

12.6 Constancias de atención médica que obran en el expediente clínico que se integró a V1, en el Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto”, de cuyas constancias se destacan las siguientes:

12.6.1 Hoja de atención de urgencias ginecoobstetricas de 14 de noviembre de 2020, en la que AR1, personal médico del Hospital Central asentó atención a las 20:19 horas sin legibilidad en el nombre del médico. En nota de Triage 2, se asentó como fecha 22 de noviembre de 2020, suscrita por AR1.

12.6.2 Hoja de atención de urgencias ginecoobstetricas de 23 de noviembre de 2020, en la que se asentó atención a las 14:36 horas por parte de AR2, personal médico. En nota de Triage 2, se asentó como fecha 25 de noviembre de 2020, suscrita por AR3, personal médico. En la nota de 26 de noviembre de 2020, también fue suscrita por AR3.

13. Oficio 06488, de 26 de marzo de 2021, signado por el entonces subdirector de asuntos jurídicos de Servicios de Salud del Estado de San Luis Potosí, al que anexó la siguiente documentación:

13.1 Resumen clínico, signado por el Jefe de Gineco-obstetricia, del Hospital del Niño y la Mujer “Dr. Alberto López Hermosa”, en el que se asentó que V1, ingresó el 26 de noviembre de 2020, a las 09:50 horas, por actividad uterina regular, sin

datos de vasoespasmo ni pérdidas transvaginales de dos días de evolución. Con los siguientes datos fetales: tensión arterial 120/70, frecuencia cardíaca 92, frecuencia respiratoria 20, T. 36.4, habitus normal, fondo uterino de 30 centímetros, producto púnico vivo, longitudinal, cefálico, dorso a la derecha, frecuencia cardíaca fetal 146 latidos por minuto, actividad uterina 3 de 45, dilatación 4 centímetros y borramiento de 90%, amnios íntegros, primer plano, OTD.

13.2 Diagnóstico: segundo embarazo de 40.4 semanas por fecha de última menstruación, primer periodo de trabajo de parto, fase activa, plan: ingreso a labor, conducción y eutocia.

13.3 A las 13:40 horas, nota de sala de labor, con registros cardiotocográficos previos sin datos de sufrimiento fetal, al revisar a la paciente, no se ausculta frecuencia cardíaca fetal, se pasa a ultrasonido para corroborar vitalidad fetal y no se observan latidos cardíacos. Se informa a paciente y familiares. En este momento V1, tenía 7 centímetros de dilatación y se decide continuar con trabajo de parto para resolución del embarazo vía vaginal.

13.4 Se atiende parto a las 20:18 horas, con producto femenino, sin vida, sobresale circular de cordón apretado a cuello, no malformaciones clínicas aparentes, piel fresca. A la revisión destaca y factores de riesgo, como corioamnionitis y se indica antibioticoterapia con ampicilina y gentamicina. Fecha de egreso de 28 de noviembre de 2020, a las 09:00 horas. Diagnósticos finales: puerperio inmediato, patológico, corioamnionitis, hipertensión gestacional.

13.5 Certificado de muerte fetal, de 26 de noviembre de 2020, a las 20:18 horas, en el que se asentó que VRNF, falleció a consecuencia de interrupción circular materno fetal, circular de cordón apretado a cuello y corioamnionitis.

13.6 Evaluación del Triage Obstétrico de 12 de noviembre de 2020 suscrito por personal médico del Hospital del Niño y la Mujer “Dr. Alberto López Hermosa”, en

el que se asentó que acudió al presentar dolor pélvico y lumbar con 37.5 semanas de gestación.

13.7 Evaluación del Triage Obstétrico de 26 de noviembre de 2020 suscrito por personal médico del Hospital del Niño y la Mujer “Dr. Alberto López Hermosa”, a las 09:30 horas en la que no es legible el nombre del médico ni el diagnóstico, ni plan ni observaciones.

13.8 Historia clínica obstetricia de ingreso de 26 de noviembre de 2020, sin hora de atención en la que personal médico asentó que diagnóstico de ingreso de V1, de Il embarazo de 40.4 semanas de gestación.

13.9 Hoja de hospitalización de 26 de noviembre de 2020, signado por AR4 en el que asentó atención de parto, toma de laboratorios, con diagnóstico finales de egreso puerperio inmediato patológico.

13.10 Nota de ingreso a labor de 26 de noviembre de 2020, en la que personal médico asentó a las 12:30 horas, que se registró frecuencia cardiaca fetal ausente.

13.11 Partograma de 26 de noviembre de 2020, en el que AR5 personal médico asentó que se realizaron registros de las 09:40 horas, 12:00 horas, 14:30 horas, 17:00 horas, 18:30 horas, 19:30 horas y 20:00 horas en la que se documentó frecuencia cardiaca fetal a las 09:40 de 140 latidos minutos y en las posteriores revisiones ausente, con un borramiento inicial de la primera valoración del 40%.

13.12 Nota de evolución y/o interconsulta de 26 de noviembre de 2020, en la que personal médico asentó a las 13:40 horas, que V1 presentó su segundo embarazo intrauterino de 40.4 semanas de gestación por fecha de ultima regla, quien paso a sala de labor con trabajo de parto en fase activa. Servicio de sala de labor con sobrecupo y jefe del servicio enterado. Se encontró a V1 con actividad uterina irregular, borramiento del 80% con salida de líquido amniótico claro, se intenta auscultar frecuencia cardiaca fetal no posible, se intentó con tocógrafo, se

corroborar con ultrasonido ausencia de movimientos cardiacos, se explica a paciente y a familiares. A las 14:30 horas se anotó producto óbito, por AR5.

13.13 Nota de evolución y/o interconsulta de 26 de noviembre de 2020, en la que se asentó a las 21:10 horas, que V1 presentó su segundo embarazo intrauterino de 40.4 semanas de gestación por fecha de ultima regla, producto óbito, trabajo de parto en fase activa atendida por AR5.

13.14 Nota de egreso de 28 de noviembre de 2020, en la que personal médico asentó como diagnostico finales puerperio inmediato patológico, corioamnionitis, *hipertensión gestacional*.

14. Oficio 008/CPM/2021, de 18 de noviembre de 2021, signado por el Presidente del Colegio de la Profesión Médica del Estado de San Luis Potosí, al que anexó la siguiente documentación:

14.1 Opinión técnica médica de 11 de noviembre de 2021, que realizó médico especialista del Colegio de la Profesión Médica del Estado de San Luis Potosí, en el que concluyó que la práctica médica realizada para atender a V1, aplicada por el personal médico del Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto” y Hospital del Niño y la Mujer “Dr. Alberto López Hermosa”, no fue realizada en forma adecuada, oportuna, completa y eficaz ya que no se observaron criterios y normas oficiales mexicanas.

14.2 Indicó que la atención médica fue inadecuada ya que nunca se envió durante el control prenatal a valoración gineco-obstetrica por el antecedente de cesárea previa debió ser enviada antes de la semana 36 por medio del centro de salud.

14.3 Refirió que fue inoportuna ya que a pesar de habersele realizado varias consultas durante el inicio del trabajo de parto (cinco) por parte del personal médico del Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto”, nunca se detectó que tenía circular de cordón a cuello, y aparentemente los registros cardiotocográfico siempre se reportaron reactivos, normales, así como tampoco nunca se valoró

factores de riesgo y ventajas y desventajas de que pudiera tener parto vaginal o repetición de cesárea no se le informó a la paciente de esta situación y que ella decidiera. No se especifica dato de consentimiento informado.

14.4 Determinó que fue incompleta, ya que la valoración de ultrasonografía permite distinguir si existe presencia de cordón alrededor del cuello, y aún más si se cuenta con flujo doppler en el ultrasonido. Por otra parte, la paciente con antecedentes de cesárea previa requiere para su vigilancia del trabajo del parto monitoreo electrónico continuo con cardiotocógrafo para detectar pérdida del bienestar fetal y actuar en forma pronta.

14.5 Informó que fue ineficaz, ya que el diagnóstico de óbito fetal se realizó a las 02:40 horas, después de su ingreso a sala de labor en el Hospital del Niño y la Mujer “Dr. Alberto López Hermosa”, se encontraba llena el área respectiva.

14.6 Indicó que las omisiones que ocurrieron en agravio de V1, si eran previsibles para la ciencia médica con un envío oportuno a la valoración prenatal, con brindar la información pertinente a la paciente y que ella decidiera sobre atención de parto o repetición de cesárea y finalmente la institución es responsable de contar con las instalaciones, personal capacitado, infraestructura para atender a este tipo de pacientes y brindar una atención de calidad.

15. Oficio CGE/OIC-HCDIMP-AI/003/2022 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.

16. Oficio CGE/OIC-SSSLP/344/2022 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

17. Este Organismo Autónomo de Derechos Humanos, inició investigación por los hechos denunciados por V1, por las omisiones e inadecuada atención que recibió con motivo de su embarazo el 14, 22, 23, 25 y 26 de noviembre de 2020, en el Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto” y el 26 de noviembre en el Hospital del Niño y la Mujer “Dr. Alberto López Hermosa”. Obteniendo como resultado que V1 fuera atendida en el Hospital del Niño y la Mujer, donde VRNF, falleció el 26 de noviembre de 2020, a consecuencia de interrupción circular materno fetal, circular de cordón apretado a cuello y corioamnionitis.

18. De acuerdo al informe rendido por el Hospital Central, V1, acudió en diversas ocasiones al área de urgencias gineco-obstétricas, los días 14, 22, 23, 25 y 26 de noviembre de 2020, donde recibió atención médica de la que se destaca que el 14 de noviembre de 2020, refirió dolor de tipo obstétrico, sin comorbilidades, negó datos de vasoespasmo, disúricos y movimientos fetales presentes, a la exploración física dirigida con movimiento fetales positivos, frecuencia cardiaca fetal de 140 latidos por minuto, con actividad uterina irregular y al tacto vaginal con 1 centímetro de dilatación, 30% de borramiento, amnios íntegros, sin pérdidas transvaginales, se realiza ultrasonido con un producto de 36.4 semanas de gestación, 3054 gramos, cefálico, se diagnosticó II embarazo intrauterino de 38 semanas de gestación y trabajo de parto en fase latente, en las subsiguientes valoraciones se registró frecuencia cardiaca fetal presente y dolor obstétrico con diagnóstico de 40.2 semanas de gestación.

19. Los hechos indican que el 26 de noviembre de 2020, V1 acudió nuevamente al Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto, siendo regresada, por lo que decidió acudir el mismo día al Hospital del Niño y la Mujer, donde fue valorada desde las 09:30 horas encontrándose frecuencia cardiaca fetal, la cual después de tres horas se detectó la ausencia de la misma, obteniéndose producto óbito.

20. 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.

21. 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.

22. 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

23. 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.

24. 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.

25. 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.

26. 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", y del 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".

27. 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

28. 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.

29. 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.

30. De las evidencias que al respecto se recabaron se observó que V1, acudió los días 14, 22, 23, 25 y 26 de noviembre de 2020, al Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto” para atención y valoración de trabajo de parto al presentar dolores inherentes al parto, quien reportó salida de líquido por vía vaginal, por lo que, al no determinarse sobre la resolución del embarazo, optó en su última valoración acudir al Hospital del Niño y la Mujer “Dr. Alberto López Hermosa”, esto es el 26 de noviembre de 2020 donde estuvo en espera de dos horas para ser atendida.

31. El 26 de noviembre de 2020, a las 09:30 horas, V1 acudió al Hospital del Niño y la Mujer "Dr. Alberto López Hermosa" siendo valorada en Triage obstétrico con ingreso de diagnóstico de II embarazo de 40.4 semanas de gestación para atención de parto y toma de laboratorios, a las 12:30 horas se asentó en nota de ingreso a labor que se registró ausencia de frecuencia cardiaca fetal y a las 14:30 horas se anotó producto óbito.

32. En el certificado de muerte fetal, de 26 de noviembre de 2020, a las 20:18 horas, se asentó que VRNF, falleció a consecuencia de interrupción circular materno fetal, circular de cordón apretado a cuello y corioamnionitis.

33. Ahora bien, del informe rendido mediante oficio 0145/AML/2021, de 19 de marzo de 2021, signad por el entonces Jefe del Departamento de Asesoría Médico Legal del Hospital Central, al que anexó copias del expediente clínico del que se destaca hoja de atención de urgencias gineco-obstetrica de 14 de noviembre de 2020, en la que AR1, personal médico del Hospital Central asentó atención a las 20:19 horas sin legibilidad en el nombre del médico. De igual forma en nota de Triage 2, se asentó como fecha 22 de noviembre de 2020, suscrita por AR1. Posteriormente obra hoja de atención de urgencias ginecoobstetricas de 23 de noviembre de 2020, personal médico asentó atención a las 14:36 horas, por parte de AR2, personal médico. Es así que en nota de Triage 2, AR3 asentó como fecha 25 de noviembre de 2020 de atención médica. En la nota de 26 de noviembre de 2020, también fue suscrita por AR3.

34. De las evidencias a que se allegó este Organismo Autónomo obra oficio 06488, de 26 de marzo de 2021, signado por el entonces subdirector de asuntos jurídicos de Servicios de Salud del Estado de San Luis Potosí, del que se destaca evaluación del Triage obstétrico de 26 de noviembre de 2020, suscrito por personal médico del Hospital del Niño y la Mujer "Dr. Alberto López Hermosa", a las 09:30 horas, en la que no es legible el nombre del médico ni el diagnóstico, ni plan, ni observaciones.

35. De igual forma obra historia clínica de obstetricia de ingreso de 26 de noviembre de 2020, sin hora en la que personal médico asentó diagnóstico de ingreso de V1, de II embarazo de 40.4 semanas de gestación.

36. Ahora bien, de las constancias a que se allegó la Comisión Estatal, obra hoja de hospitalización de 26 de noviembre de 2020, signado por AR4 en el que asentó atención de parto, toma de laboratorios, con diagnóstico finales de egreso puerperio inmediato patológico. En este sentido en la nota de ingreso a labor de 26 de noviembre de 2020, personal médico asentó a las 12:30 horas, que se registró frecuencia cardiaca fetal ausente.

37. Ahora bien, obra partograma de 26 de noviembre de 2020, en el que AR5 personal médico asentó que se realizaron registros de las 09:40 horas, 12:00 horas, 14:30 horas, 17:00 horas, 18:30 horas, 19:30 horas y 20:00 horas en la que se documentó frecuencia cardiaca fetal a las 09:40 de 140 latidos minutos y en las posteriores revisiones ausente, con un borramiento inicial de la primera valoración del 40%.

38. Cabe destacar que la nota de evolución y/o interconsulta de 26 de noviembre de 2020, personal médico asentó a las 13:40 horas, que V1 presentó su segundo embarazo intrauterino de 40.4 semanas de gestación por fecha de ultima regla, quien paso a sala de labor con trabajo de parto en fase activa. Servicio de sala de labor con sobrecupo y jefe del servicio enterado. Se encontró a V1 con actividad uterina irregular, borramiento del 80% con salida de líquido amniótico claro, se intenta auscultar frecuencia cardiaca fetal no posible, se intentó con tocógrafo, se corrobora con ultrasonido ausencia de movimientos cardiacos, se explica a paciente y a familiares. A las 14:30 horas se anotó producto óbito, por AR5.

39. Posteriormente en nota de egreso de 28 de noviembre de 2020, personal médico asentó como diagnostico finales puerperio inmediato patológico, corioamnionitis, *hipertensión gestacional*.

40. En este sentido, 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 personal médico del Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto” y Hospital del Niño y la Mujer “Dr. Alberto López Hermosa”, no fue realizada en forma adecuada, oportuna, completa y eficaz, ya que no se observaron criterios y normas oficiales mexicanas.

41. De igual forma indicó que la atención médica fue inadecuada ya que nunca se envió durante el control prenatal a valoración gineco-obstetrica por el antecedente de cesárea previa, debió ser enviada antes de la semana 36 por medio del centro de salud.

42. Asimismo, refirió que fue inoportuna ya que a pesar de habersele realizado varias consultas durante el inicio del trabajo de parto (cinco) por parte del personal médico del Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto”, nunca se detectó que tenía circular de cordón a cuello, y aparentemente los registros cardiotocográfico siempre se reportaron reactivos, normales, así como tampoco nunca se valoró factores de riesgo y ventajas y desventajas de que pudiera tener parto vaginal o repetición de cesárea no se le informó a la paciente de esta situación y que ella decidiera. No se especifica dato de consentimiento informado.

43. Aunado a lo anterior, determinó que fue incompleta, ya que la valoración de ultrasonografía permite distinguir si existe presencia de cordón alrededor del cuello, y aún más si se cuenta con flujo doppler en el ultrasonido. Por otra parte, la paciente con antecedentes de cesárea previa requiere para su vigilancia del trabajo del parto monitoreo electrónico continuo con cardiotocografo para detectar perdida del bienestar fetal y actuar en forma pronta.

44. También concluyó que fue ineficaz, ya que el diagnóstico de óbito fetal se realizó a las 02:40 horas, después de su ingreso a sala de labor en el Hospital del Niño y la Mujer “Dr. Alberto López Hermosa”, se encontraba llena el área respectiva.

45. La opinión médica refirió que las omisiones que ocurrieron en agravio de V1, si eran previsibles para la ciencia médica con un envío oportuno a la valoración prenatal, con brindar la información pertinente a la paciente y que ella decidiera sobre atención de parto o repetición de cesárea y finalmente la institución es responsable de contar con las instalaciones, personal capacitado, infraestructura para atender a este tipo de pacientes y brindar una atención de calidad.

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 a la que este Organismo Autónomo, V1, señaló que acudieron en cinco ocasiones al Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto” en los que no le fue brindada la atención médica, 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.

49. 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 producto óbito 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.

50. 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”.

51. 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.

52. 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.

53. 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 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.

54. 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”.

55. En este contexto, 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 en la valoración

Triaje obstétrico de 26 de noviembre de 2020 no se asentó legible el nombre del médico ni el diagnóstico, así como tampoco se observa el plan de atención médica ni observaciones. En la atención médica recibida en el hospital Central se asentó que es ilegible la nota medica inicial del 14 de noviembre del mismo mes y año.

56. 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.

57. 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.

58. 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.

59. 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

60. 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.

61. 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, por lo que con motivo de los hechos documentados este Organismo dio vista a los Órganos Internos de Control iniciándose los Expedientes de Investigación Administrativa 1 y 2.

62. 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

63. 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.

64. 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.

65. 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.

66. 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 preciso 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”.

67. 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.

68. 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.

69. 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.

70. 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.

71. 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 víctima directa, instruya a quien corresponda para que sean inscrita 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. Envié 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 los servidores públicos 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 y tenga a su alcance.

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

72. 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.

73. 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.

74. 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**