RECOMENDACIÓN No.17/2019

SOBRE EL CASO DE INADECUADA PRESTACIÓN DEL SERVICIO PÚBLICO EN MATERIA DE SALUD EN EL HOSPITAL CENTRAL "DR. IGNACIO MORONES PRIETO", QUE SE COMETIÓ EN AGRAVIO DE VN, Y DE SUS PADRES V1 Y V2.

San Luis Potosí, S.L.P, a 19 de agosto de 2019

DR. FRANCISCO ALCOCER GOUYONNET
DIRECTOR GENERAL DEL HOSPITAL CENTRAL
"DR. IGNACIO MORONES PRIETO"

Distinguido Dr. Alcocer Gouyonnet:

1. La Comisión Estatal de Derechos Humanos, con fundamento en los artículos 1, párrafos primero, segundo y tercero, y 102 apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 17 de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de San Luis Potosí; 3, 4, 7 fracción I, 26 fracción VII, 33 fracciones IV y XI, 137 y 140, de la Ley de la Comisión Estatal de Derechos Humanos, así como 111, 112, 113 y 114 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias contenidas en el expediente 1VQU-278/2018, sobre el caso de violaciones a los derechos humanos cometidas en agravio de VN, V1 y V2.

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

I. HECHOS

3. Este Organismo Estatal inició la investigación por posibles violaciones a los derechos humanos de V1 atribuibles a personal del Hospital Central "Dr. Ignacio Morones Prieto" San Luis Potosí, en relación a la atención médica que recibió con motivo de su embarazo de pretermino, cuyo producto fue VN, víctima niño.

4. Al respecto, V1 manifestó que el 27 de agosto de 2017, al cursar 29 semanas de gestación comenzó a arrojar líquido vía vaginal por lo que acudió a la Clínica Rural 15 del Instituto Mexicano del Seguro Social ubicada en el municipio de Charcas, de este Estado, donde por la gravedad fue referida al Hospital Central "Dr. Ignacio Morones Prieto" en esta ciudad de San Luis Potosí.

5. La víctima señaló que personal médico del Hospital Central le informó que el bebé se encontraba bien, que permanecería hospitalizada para lograr que llegara a la semana 35 de gestación, y durante tres semanas estuvo siendo valorada y constantemente le realizaban estudios de laboratorio y gabinete.

6. El 11 de septiembre de 2017, aproximadamente a las 20:00 horas, V1 comenzó a tener contracciones de trabajo de parto, después de dos horas presentó dilatación de 7 centímetros, y al realizarle ultrasonido la ingresaron de urgencia a quirófano, que la médica indicó que colocaran con rapidez la anestesia, que al proceder a intervenirla tenían datos de que VN había aspirado meconio.

7. La víctima detalló que después de una hora y media, se obtuvo el nacimiento de VN, su hijo, a quien le había dado un paro cardiorrespiratorio y se encontraba convulsionando por lo que estaría en área de cuidados intensivos. Al momento de su queja, la víctima señaló que al nacimiento de VN no tenía movimientos corporales, no pestañeaba, come por medio de gastrostomía y recibe oxígeno por traqueotomía, quien tiene diagnóstico de displasia broncopulmonar severa y traqueítis por klebsiella, que estaba cubriendo medicamento especializado que

requería su hijo, los cuales cubría el seguro popular y no le era proporcionados por el Hospital Central.

8. Es importante precisar que a la fecha de la presente Recomendación VN, continúa internado en el Hospital Central, quien cuenta con 1 año 11 meses de edad, quien requiere de contar con ventilación mecánica y es alimentado por una sonda de gastrostomía.

9. Para la investigación de la queja, se radicó el expediente 1VQU-278/2018, dentro del cual se recopilaron datos y documentos relacionados con los hechos, se solicitó información a la autoridad señalada como responsable, se entrevistó a la víctima se recabó expediente clínico, así como opinión médica, cuya valoración es objeto de análisis en el capítulo de Observaciones de la presente.

II.EVIDENCIAS

10. Queja que presentó V1, de 22 de mayo de 2018, en la que denunció presuntas violaciones a sus derechos humanos, así como de VN, por actos que atribuyó a personal del Hospital Central "Dr. Ignacio Morones Prieto", San Luis Potosí, por la ineficaz prestación médica que recibió con motivo de la evolución de su embarazo de pre-termino. A su queja agregó:

10.1 Hoja de egreso, transferencia y contrarreferencia de 14 de septiembre de 2017, en la que se asentó que V1, acudió referida del Centro de Salud de Charcas al presentar salida de líquido transvaginal a las 08:40 horas del 27 de agosto de 2017, a su ingreso con signos vitales, estables, movimientos fetales presentes, sin actividad uterina con frecuencia cardiaca fetal presente con salida transvaginal de líquido amniótico claro, tarnier y vasalva positivos, cristalografía positiva. Mediante su internamiento con vigilancia estrecha mediante ultrasonido, riesgo cardiotocográfico y estudios de laboratorio. El 11 de septiembre se decidió su resolución vía abdominal por datos sugerentes de infección en líquido amniótico obtenido por amniocentesis. En espera de espacio físico en el área de neonatología para el producto, la paciente inició a las 00:00 horas con actividad

uterina y modificaciones cervicales por lo que se decide de manera urgente su resolución vía abdominal.

10.1.1 El 12 de septiembre de 2017, a las 01:07 se recibió a recién nacido vivo masculino de 1,689 gramos, apgar 0-2-4-5, SA no valorable, 33.4 semanas de gestación. Se realizó incisión tipo Kerr, sin embargo, durante el procedimiento presentó anillo de constricción por lo que se extiende histerectomía en Beck. Sangrado de 250cc, se oferta método anticonceptivo y acepta implante. Se decidió su egreso por mejoría clínica con cita abierta a urgencia con datos de alarma, seguimiento del puerperio en centro de salud. Egresó con diagnóstico de ruptura prematura de membranas pretermino, trabajo de parto pretermino, pélvico, puerperio post cesáreo IV, con 31.2 semanas de gestación.

10.1.2 Resumen clínico de 4 de mayo de 2018, respecto del estado de salud de VN, de 7 meses de edad, en la que se señaló que se encuentra en manejo conservador en esa institución de salud a las 30 semanas de gestación con asfixia perinatal más encefalopatía hipóxico isquémica GII (Crisis convulsivas) estado post paro, hiperbilirrubinemia multifactorial, mas HTP severa remitida, sepsis temprana, sepsis tardía remitida, neumonía asociada a cuidados de la salud, traqueítis recurrentes, ultima por Klebsiella p, conjuntivitis por pseudomonas y absceso ocular bilateral, múltiples infecciones asociadas a los cuidados de la salud.

10.1.3 Como antecedente madre de 26 años de edad, con un aborto espontaneo en 2007 de 23 semanas de gestación, y un parto en 2013, finado por neumotórax. Se decide resolución de embarazo vía abdominal por coriamnioitis materna y producto pélvico, durante su estancia se suministró dosis de betametasona como esquema de madurez pulmonar, nace con un pagar y SA no valorable, sin tono ni respuesta a estímulos, se aplican dos ciclos de ventilación con presión positiva y se inician maniobras, sin mejoría por lo que se decide Intubación Orotraqueal (IOT). Gasometría inicial y clínica compatible con asfixia perinatal, por lo que se decidió su ingreso a Unidad de Cuidados Intensivos. Posterior a su manejo pasa a sala de lactantes, bajo ventilación mecánica invasiva (VMI) donde

se logró la progresión del mismo a ventilación mandatoria intermitente sincronizada (SIMV/Presión), y posteriormente a presión positiva continua de la vía aérea (CPAP). Paciente que se encuentra normotenso, pulsos distales presentes, llenado capilar de 2 segundos, precordio rítmico, pulsos periféricos de tono e intensidad adecuados, sin más fenómenos agregados. Con edema leve godette mas campos pulmonares bien ventilados, no estertores o dificultad respiratoria. Al ser un paciente con displasia broncopulmonar severa, se solicitó concentrador domiciliario para continuar su manejo, con diagnóstico de egreso displasia broncopulmonar severa, traqueítis por klebsiella pneumoniae.

10.2 Hoja de control para prescripción de oxigeno domiciliario, de 7 de mayo de 2018, suscrito por el médico tratante gastroenterólogo pediatra del Hospital Central "Dr. Ignacio Morones Prieto", en la que asentó que VN, presenta diagnóstico de displasia broncopulmonar severa que sustenta el uso de oxígeno domiciliario.

10.3 Receta médica de 17 de mayo de 2018, en la que se asentó que VN requería de corneregel oftálmico y apropoxacino oftálmico de uso hospitalario.

10.4 Recibos de compra de 17, 18 y 21 de mayo de 2018, de medicamento de una pieza Corneregel 5% 10 gramos gel por la cantidad de $500.00 (Quinientos pesos 00/100 MN), una pieza de sophixin dx oftend 5 ml en gotas por la cantidad de $441.42 (cuatrocientos cuarenta y un 42/100 MN) y una pieza de Lysomucil solución 2% 120 mililitros por la cantidad de $147.37 (Ciento cuarenta y siete pesos 37/100 MN)

11. Oficio No. 178/AML/2018, de 11 de junio de 2018, signado por el Director del Hospital Central "Dr. Ignacio Morones Prieto", San Luis Potosí, quien en relación a los hechos de la queja presentada por V1, remitió lo siguiente:

11.1 Informe médico en el que se asentó que el 12 de septiembre de 2017, se recibió en la Sala de Terapia Intensiva Neonatal a recién nacido masculino con asfixia perinatal severa, estado postparo, con encefalopatía hipóxico isquémica estadio III, en condiciones críticas, intubado, con ventilación asistida.

11.2 Con antecedentes de V1 de producto del cuarto embarazo de madre de 26 años, dedicada al hogar, llevó su control prenatal en 5 ocasiones, se realizó 5 ultrasonidos que reportaron normales, consumo de micronutrientes a partir del segundo mes de embarazo, se aplicó inmunizaciones (vacunas Td y TdPa) curso con infección en vías urinarias desde el segundo mes de embarazo, V1 ingreso a ese hospital el 27 de agosto de 2017 a las 29 semanas de gestación por presentar ruptura prematura de membranas y amenaza de parto pretermino, se decidió su manejo conservador en el servicio de ginecología y obstetricia.

11.3 Durante su internamiento se manejó con esquema antibiótico con ampicilina/eritromicina, y un segundo esquema con ampicilina/amoxicilina, se aplicaron dos dosis de betametasona el 27 y 28 de agosto de 2017, como inductores de maduración pulmonar, con posterior rescate con una dosis de dexametasona.

11.4 Se reportó por parte del servicio de gineco-obstetricia que reinició con trabajo de parto y se decidió resolver el 12 de septiembre de 2017, vía abdominal, encontrándose liquido meconial 4+, producto pélvico, se reportó retención de cabeza. Nacimiento a las 01:07 horas, recién nacido masculino, sin esfuerzo respiratorio, flácido, se dan pasos iniciales de reanimación, persiste sin esfuerzo respiratorio sin frecuencia cardiaca, asistolia completa sin registrar saturación de oxígeno, inició ventilación con presión positiva, sin respuesta se intuba tráquea y se inició con compresiones torácicas coordinadas con ventilación con presión positiva, y se administraron dos dosis de adrenalina iniciando con frecuencia cardiaca. Se tomó gasometría de cordón umbilical la cual se reportó con Ph 7 Pco2, 516 BE-17.7 HC03 19, se decidió su paso a la Unidad de Cuidados intensivos neonatales para manejo intensivo, con diagnóstico de encefalopatía hipóxico isquémico estadio III, asfixia perinatal más sepsis temprana. Silverman no

valorable por intubación, capurro de 33.4 semanas de gestación, Somatometría; peso de 1680 gramos, talla 41 centímetros perímetro cefálico.

11.5 Se maneja con ampicilina cefotaxima por 7 días, por sepsis temprana. Requirió tratamiento con infusión de insulina, ya que presentó hiperglucemias desde su primer día de vida, además se manejó con dobutamina y dopamina por anuria e hipotensión, además cursa con falla renal e hiponatremia dilucional, es valorado por el servicio de cardiología pediátrica encontrando corazón en situs solitus, levocardia sin malformaciones, anatómicas sin dilatación de cavidades, con hipocinesia septal, se calculó una fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI) 45%, presión sistólica de la arteria pulmonar (PSAP) de 45 mmhd, con movimiento septal plano persistencia del conducto arterioso (PCA) de 2 mm con flujo de izquierda-derecha, con posterior mejoría de la FEVI 60% tras inicio de aminas y PSAP 18 mmHg.

11.6 Durante su evolución, hemodinamicamente requirió apoyo amninérgico, posteriormente es posible el retiro paulatino de las mismas, curso con hipertensión arterial sistémica, valorado por nefrología y no requirió tratamiento, manejo dentro de percentiles para la edad. Ventilatorio: Desde el ingreso manejando en fase III de la ventilación, curso con hipertensión pulmonar y neumonía asociada al ventilador, el 24 de octubre se realizó traqueostomía, por intubación prolongada, con cánula 3.5 shiley, fue posible la progresión ventilatoria hasta parámetros mínimos de ventilación. Metabólico: se inició vía oral al pasar la fase crítica, con incrementos paulatinos, se diagnosticó reflujo gastroesofágico. Por alteraciones neurológicas se realizó gastrostomía, el 15 de enero de 2018, sin complicaciones.

11.7 Neurológico: desde el ingreso con encefalopatía hipóxico isquémica grado III, crisis convulsivas, requirió manejo de anticonvulsivos, evaluación y seguimiento por neuropediatria que reportó los siguientes hallazgos en su última valoración en unidad de Cuidados Intensivos: artrogliposis múltiple, microcefalia, fasciculaciones de lengua, y tono aumentado, en miembros, con mal pronóstico neurológico, y alteraciones que sugieren la posibilidad de un síndrome genético. Se tomó prueba de creatininfosfoquinasa (CPK) para descartar miopatía con resultado de 132. Se

indicó baclofeno para mejor espasticidad. Se valoró por el servicio de traumatología y ortopedia descartando displasia de cadera congénita e inicio de programa por el servicio de rehabilitación física.

11.8 El paciente evolucionó satisfactoriamente, estable desde el punto de vista hemodinámico, sin datos de infección, tolerando la vía oral por gastrostomía, el 25 de enero de 2018 al no tener criterios para terapia intensiva neonatal se decidió traslado a sala de lactantes para continuar con manejo, con muy mal pronóstico neurológico sin adecuado automatismo ventilatorio y con ventilación mecánica asistida, parámetros bajos. En esa fecha quedó a cargo del servicio de pediatría de lactantes y continuo con vigilancia y manejo por parte de los servicios de pediatría, neuropediatria, oftalmología y rehabilitación física. Los padres recibieron información de la evolución y pronóstico de su hijo todos los días de su estancia hospitalaria en la sala de Unidad de Cuídanos Intensivos (UCIN)

11.9 Que VN, presentó los siguientes diagnósticos finales: asfixia perinatal, estado postparto, encefalopatía hipóxico isquémica grado III, hipertensión pulmonar severa (45 mmHg), reflujo gastroesofágico, displasia broncopulmonar severa, hipotiroidismo transitorio, sepsis temprana, crisis convulsiva neonatales, hipertensión pulmonar severa, hiperbillirrubinemia multifactorial, abscesos corneales, neumonía asociada a cuidados de la salud.

11.10 Resumen médico de 31 de mayo de 2018, signado por medio especialista en ginecología y obstetricia, del Hospital Central "Dr. Ignacio Morones Prieto" en el que se asentó que V1, fue referida el 27 de agosto de 2017, por presentar complicación de ruptura de membranas en feto pretermino de 29.1 semanas de gestación a las 08:40 horas de ese día. Ingresó a ese hospital a las 14:45:28 horas, se inició manejo conservador activo de ruptura prematura de membranas con antibiótico.

11.11 Con vigilancia obstétrica y materna desde el 27 de agosto de 2017, con evolución satisfactoria, el 11 de septiembre de 2017, a las 08:00 horas con un diagnóstico de 31.2 semanas de gestación, ruptura prematura de membranas en feto pretermino, se recaban nuevos laboratorios de control reportando una proteína C reactiva con un aumento de 5.5 mg/dl, se mantiene en vigilancia estrecha de datos clínicos y bioquímicos de proceso de infección intramniotica fetal y como parte de la vigilancia fetal se realiza monitoreo fetal (PSS) con resultado de categoría I, normal, se realizó ultrasonido obstétrico perinatal reportando una fetometría de 32 semanas, peso fetal estimado de 1,760 gramos, perfil biofísico fetal 10/10, se realizó amniocentesis en el cual se extraen 4 ml de líquido amniótico turbio, se envía a laboratorio clínico para su análisis y descartar proceso infeccioso intramniotico.

11.12 A las 18:40 horas, se reportó líquido amniótico de aspecto turbio, ante el resultado y sospecha de infección intraamniótica (Corioamniotis) se decidió resolución de embarazo vía abdominal, se impregna con sulfato de magnesio para beneficio neurológico fetal y pasara a quirófano l completar ayuno. A las 22:00 horas se recibió a V1, en espera de tiempo quirúrgico para resolución del embarazo vía abdominal, sin embargo, hasta ese momento no había disponibilidad de Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) de un espacio físico para el feto, no contaban con una cuna termina (incubadora), ni ventiladores, se avisó a directivos de guardia (subdirector médico en turno) sobre dicha eventualidad. Paciente en este momento sin compromiso materno y fetal, afebril, en impregnación con sulfato de magnesio. Continúo vigilancia fetal y materna estrecha, en espera de disponibilidad de espacio físico en cuidados neonatales intensivos para resolución del embarazo, de presentar algún compromiso fetal o materno pasara en forma urgente a resolución de embarazo, feto con alto riesgo de morbimortalidad por ruptura prematura de membranas en pretermino y probable proceso infeccioso intraamniotico.

11.13 A las 00:10 horas, V1 inició con dolor tipo obstétrico, encontrando cavidad uterina irregular, con 4 centímetros de dilatación y 90% de borramiento, se realizó rastreo ultrasonográfico encontrando feto vivo de 132 latidos por minuto, pélvico,

dorso a la derecha, anhidramnios, peso fetal estimado de 1,520 gramos, se decidió resolución de embarazo por condiciones cervicales y trabajo de parto pretermino en fase activa. Se avisa al servicio de pediatría, neonatología y anestesiología sobre resolución de embarazo, paciente y feto con pronóstico reservado, con alto riesgo de morbimortalidad por trabajo de parto pretermino y ruptura prematura de membranas y proceso infeccioso intramniotico.

11.14 A las 01:00 horas, del 12 de septiembre de 2017, se realizó cesárea con diagnóstico de ingreso a quirófano de cuarto embarazo de 31.2 semanas de gestación, ruptura prematura de membranas en feto pretermino/feto pélvico/Corioamniotis. Hora de termino de cesárea a las 01:50 horas, diagnóstico de puerperio quirúrgico inmediato de 31.2 semanas de gestación. Extracción de recién nacido vivo masculino a las 01:07 horas del 12 de septiembre de 2017, se entrega al servicio de pediatría y neonatología, peso fetal de 1,689 gramos, Apgar O-2-4-5, SA no valorable, 33.4 semanas, termina evento quirúrgico sin complicaciones.

12. Acta circunstanciada de 25 de julio de 2018, por la que se hace constar la comparecencia de V1, quien ajunto copia simple del oficio CEAM/280/18, de 5 de julio de 2018, relativo al Expediente 1, que se inició en la Comisión Estatal de Arbitraje Médico por la queja que interpuso, en el que se le notificó que la parte prestadora del servicio médico no tiene interés en logar un acuerdo, por lo que la Comisión Estatal de Arbitraje Médico no se encuentra habilitada para obligar a ninguna de las partes, sin embargo continúan a salvo sus acciones y derechos, para que las haga valer en la vía y forma que a derecho corresponda.

12.1 Oficio No. 230/AML/2018, de 19 de julio de 2018, signado por el Jefe de Departamento de Asesoría Médico Legal del Hospital Central "Dr. Ignacio Morones Prieto", San Luis Potosí, envía copia fiel de los expedientes clínicos de V1 y VN, de cuyas constancias médicas se destacan las siguientes:

12.2 Certificado de nacimiento de VN, en el que se asentó que nació el 12 de septiembre a las 01:07 horas de 2017, con calificación de Apgar a los cinco minutos de nacido, de 2, de 33 semanas de gestación, de 41 centímetros de talla, con un peso de 1,680 gramos.

12.3 Nota de evolución de 12 de septiembre de 2017, en la que personal médico hace constar ingreso de VN, a la Unidad de Cuidados Intensivos, en la que describe que recién nacido de pretermino de 33.4 semanas de gestación, más asfixia perinatal, sepsis temprana (ruptura de membrana prematura de 16 días de evolución) encefalopatía hipóxico isquémica grado II, (Crisis convulsivas) procedente de área tocoquirugica, con antecedentes de importancia. Nace a las 01:07 horas, sin tono sin frecuencia, coloración pálida, sin esfuerzo respiratorio, continuando con coloración pálida, sin esfuerzo respiratorio, se da un Apgar de 0, se inició ventilación a presión positiva (VPP) sin obtener aumento de frecuencia cardiaca, se decide dar un segundo ciclo de VPP con compresiones cardiacas, sin prestar aumento de frecuencia cardiaca ni esfuerzo respiratorio continuando con coloración pálida, se decide intubar con TET 3 fijo en 8 cm, con mejoría en coloración y frecuencia cardiaca, sin embargo persiste hipotónico, con extremidades hipotónicas, se toma gasometría de cordón umbilical en menos de primera hora de vida. La cual se reportó con PH7.8, se decide ingreso a Unidad de Cuidados Intensivos (UCIN).

12.4 Nota de traslado a Sala de Lactantes de 25 de enero de 2018, en la que se hace constar que VN, paciente grave en su 134 día de vida y estancia hospitalaria, con daño neurológico severo, así como displasia broncopulmonar severa, se mantiene hemodinamicamente sin alteraciones, aun con tendencia a la hipertensión, diuresis normal. Ventilación mecánica con mismos parámetros, no ha sido posible progresar ventilatoriamente. Tolera la vía oral por gastrostomía, sin reporte de reflujo. Sin esquema antibiótico, sin datos de sepsis, sin cambios neurológicos. Se traslada a lactantes para continuar con manejo establecido. En manejo por rehabilitación, recibe fisioterapia diariamente. Con Plan de vigilancia estrecha en general ventilatoria y neurológica. Pronóstico malo para la vida y la

función, se trasladó al área de lactantes al ser paciente de 4 meses de edad y requerir de ventilación mecánica.

12.5 Nota médica de neurología pediátrica de 14 de abril de 2018, en la que personal médico hace constar que VN, de 7 meses de edad, con antecedentes de recién nacido de pretermino, asfixia perinatal, múltiples neumonías asociadas a cuidados de la salud, estado pos paro, mas neuropatía del paciente crítico, en primeros días de vida con crisis convulsivas neonatales, sin nuevos eventos paroxísticos. Actualmente con proceso infeccioso en abordaje, se refieren eventos paroxísticos generalizados que no ceden.

12.6 Nota de evolución, interconsulta de 20 de abril de 2018, en la que personal médico asentó que VN, presentó evento de broncoespasmos aspiración de secreciones, con duración de horta de 0% que no responde a ventilación, por presión positiva, posteriormente con bradicardia y paro cardiorrespiratorio y que se maneja con reanimación cardiopulmonar, se inician comprensiones torácicas durante 5 minutos, y se administran disparos con salbutamol, así como nuevo ciclo de compresiones y dosis de adrenalina endotraqueal, respondiendo a maniobras, mejorando frecuencia cardiaca y saturación de oxígeno. Se trata de paciente con patología pulmonar, antecedente de daño neurológico. Alto riesgo de complicaciones y muerte. Familiares enterados.

12.7 Nota de evolución de 3 de julio de 2018, por el servicio de neurología pediátrica en la que se destaca que VN, de 8 meses de edad, con diagnóstico de nacimiento de asfixia perinatal, mas múltiples neumonías del paciente crítico, post paro, neuropatía del paciente crítico, epilepsia sintomática, se comenta que presenta nuevamente mioclanias de extremidades inferiores, con pronóstico reservado a evolución.

12.8 Nota de evolución médica de 4 de julio de 2018, en la que personal médico asentó que VN, continua en aislamiento de contacto y fisioterapia pulmonar, vigilancia de balance de líquidos, tolerancia a la vía oral y del padrón ventilatorio mantener una Sp02, mayor a 85% vigilar datos de síndrome de respuesta

inflamatoria sistémica SIRS y estado hemodinámico, vigilar estado neurológico y eventos de crisis convulsivas. Pronóstico reservado a evolución.

12.9 Nota médica de evolución de 18 de julio de 2018, en la que personal médico asentó que VN, paciente masculino de 10 meses de edad, quien se encontró a la exploración física sin cambios neurológicos respecto al basal, cráneo con adecuada coloración tegumentos, ojos equidistantes y cubiertos, cavidad oral hidratada, cuello cilíndrico corto con traqueostomía funcional sin datos de infección en sitio de traqueostomía, no presenta datos de dificultad respiratoria con estertores transmitidos, precordio rítmico, con buen tono sin agregados. Abdomen en perímetro de 43 cm, peristaltismo presente, tiene sonda gastrostomía en cuadrante inferior izquierdo funcional, se observa herida de 0.5 cm con escaso sangrado cubierta con gasas y neosporin sin datos de infección, genitales sin lesiones aparentes, extremidades integras con pulsos simétricos, llenado capilar normal. Con pronóstico malo para la vida y la función con alto riesgo de sepsis, paro cardiorrespiratorio, familiares enterados.

13. Oficio 1VOF-0784/18, de 21 de agosto de 2018, por el cual el Primer Visitador de este Organismo Autónomo solicitó la colaboración del Presidente del Colegio de la Profesión Médica del Estado de San Luis Potosí, para emitir una opinión médica relativa a la atención medica que recibieron V1 y VN.

14. Opinión Médica de 26 de abril de 2019, que realizó un Perito Especialista del Colegio de la Profesión Médica del Estado de San Luis Potosí, donde concluyó que la atención medica brindada a V1, dado el resultado que VN, su hijo desde que nació no tiene movimiento corporal, no pestañea, come por medio de gastrostomía y recibe oxigeno por traqueostomía, y tiene diagnóstico de displasia broncopulmonar severa y traqueítis, aunque la morbilidad sabemos que se encuentra aumentada por la prematuridad y la presentación de la ruptura prematura de membranas, la paciente estuvo internada 17 días y el manejo expectante contemplaba que la interrupción seria máximo a las 34 semanas o antes y las autoridades del Hospital Central "Dr. Ignacio Morones Prieto" debían

proveer que se contara con el recurso de la incubadora y espacio de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), por lo que se concluyó:

14.1 Que la atención médica no fue adecuada, se obtuvo producto con asfixia perinatal y encefalopatía hipóxico isquémica estadio III. No fue oportuna, desde el momento que se indica la interrupción pasaron tres horas hasta que pasó a quirófano con pérdida de bienestar fetal (liquido meconial +++) en acidosis metabólica.

14.2 La atención médica no fue completa, la pos-operada evolucionó satisfactoriamente, pero el producto presentó morbilidad importante. No fue eficaz, dado el estado mórbido del producto que presentó desde su nacimiento.

14.3 Que las omisiones y acciones indebidas (inadecuada prestación del servicio público en materia de salud) se fundamentan en que V1, estuvo internada 17 días, bajo tratamiento médico y monitorización de bienestar fetal y cuando se decidió interrupción de embarazo el Hospital Central no contaba con el recurso de la incubadora en Servicio de Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales lo que obligó a retraso del procedimiento quirúrgico y los resultados ya comentados del neonato.

14.4 Estas omisiones en agravio de VN, si eran previsibles en un buen porcentaje si hubiera contado con el recurso de la incubadora en UCIN en el momento indicado y solicitado. Hay responsabilidad institucional por no contar con la infraestructura necesario para poder brindar atención de calidad.

15. Acta circunstanciada de 13 de junio de 2019, en la que personal de este Organismo hizo constar la comparecencia de V1 y V2, quienes manifestaron que su hijo, VN, aún continuaba internado en el Hospital Central "Dr. Ignacio Morones Prieto", que consideran que ya no lo toman en cuenta como a los demás niños, que su hijo lleva 1 año 9 meses internado, que cuando es cambio de turno solo reportan "todo igual", que en diversas ocasiones le ha tocado acomodarle la sonda, ya que las enfermeras no lo hacen ni le limpian las secreciones de la nariz

y boca y lo hemos encontrado todo cubierto de su carita y esto le ha ocasionado infección ocular, que consideran que ven a su hijo, como un caso perdido e incluso les han mencionado que solo podría vivir tres meses más, que ellos ya saben de la situación de su hijo. Que actualmente VN, su hijo se encuentra conectado a una tráquea, y esa cánula como le llaman debe cambiarse cada dos meses como máximo y desde enero de 2018 se la cambiaron hasta octubre de 2018, solo porque le insistieron, que el último cambio fue el 23 de mayo de 2019, que el otorrinolaringólogo nunca se ha presentado a informarle sobre el estado de salud, que una persona del área de inhaloterapia en días pasados acudió mientras le realizaba las aspiraciones de la tráquea, y le dijo que le enseñara cual era la técnica que usaba y ahí estuvo observando, que ella no tenía capacitación. Además, señalaron que el personal está muy pendiente del ventilador al que está conectado su hijo por el que recibe oxígeno lo cual lo mantiene con vida, pero no revisan la adecuada colocación de la cánula lo cual también es importante. Que lo que piden es que su hijo sea atendido como debe ser, ya que requiere de una atención especial y que sea atendido de acuerdo a sus necesidades en tiempo y forma como el resto de los demás niñas y niños pacientes en la sala, y que se dé por personal capacitado.

16. Acta circunstanciada de 19 de agosto de 2019, en la que personal de este Organismo hizo constar la comparecencia de V1, quien adjunto:

16.1 Constancia de internamiento y diagnóstico de VN, de 19 de agosto de 2019, firmada por el Jefe de Servicio de Pediatría Lactantes del Hospital Central "Dr. Ignacio Morones Prieto" en la que se señala que en la actualidad presenta displacía broncopulmonar severa.

16.2 Cinco fotografías a color que fueron tomadas a VN, en julio y 4 de agosto de 2019, en la que se puede observar rozadura en el cuello y secreciones de ojos y oídos, al respecto V1 señaló que hay que estar aspirando a su hijo por las secreciones que presenta de manera frecuente ya que está conectado a un ventilador mecánico y se alimenta por gastrostomía, por lo que considera que dada su situación actual la cual permanece desde su nacimiento, requiere de

atención especial y de un trato digno adecuado a las necesidades médicas y de rehabilitación que requiera.

16.3 V1 señaló que los residentes son los que están a cargo y pendiente de la salud de su hijo, que los especialistas tardan en valorarlo, por lo que considero que de ser el caso si el hospital no cuenta con especialistas debería de subrogar el gasto y enviar a un médico especialista particular, porque actualmente está pendiente una cita con el neumólogo el cual no tiene espacio en agenda para valorarlo, por lo que solicitó que se brinde la atención médica que requiera.

III.- SITUACIÓN JURÍDICA

17. El 22 de mayo de 2018, este Organismo Autónomo de Derechos Humanos, recibió queja de V1, quien manifestó que el 27 de agosto de 2017, acudió al Hospital Central "Dr. Ignacio Morones Prieto" de San Luis Potosí por presentar complicaciones de embarazo a las 29 semanas de gestación siendo diagnosticada con ruptura prematura de membranas por lo que se decidió su ingreso hospitalario para estabilizarla y continuar con observancia del estado de gestación.

18. El 11 de septiembre de 2017, dos semanas después del ingreso hospitalario, V1, inició con contracciones y dilatación uterina, a las 08:00 horas del 11 de septiembre de 2017 se diagnosticó con 31.2 semanas de gestación, se le realizó monitoreo fetal y a las 18:40 horas se reportó líquido amniótico de aspecto turbio y se decidió resolución vía abdominal por lo que quedó en espera de pasar a quirófano al completar ayuno. A las 22:00 horas de ese día fue recibida en espera de tiempo quirúrgico para resolución de embarazo vía abdominal, puesto que no había disponibilidad de Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) de un espacio físico para el feto, es decir una incubadora y ventiladores, situación que se comunicó al Subdirector médico en turno.

19. A las 01:07 horas, de 12 de septiembre de 2017, se obtuvo recién nacido de pretermino de 33.4 semanas de gestación, mas asfixia perinatal, sepsis temprana,

crisis convulsivas, nace sin frecuencia cardiaca, coloración pálida, sin esfuerzo respiratorio, continuando con coloración pálida, por lo que requirió ventilación y compresiones cardiacas, ingresando a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales y a los 4 meses de edad es llevado a sala de lactantes.

20. Cabe precisar que, a la fecha de elaboración de la presente Recomendación VN, quien tuvo un nacimiento prematuro, con una calificación Apgar de 0-2-5, y complicaciones de salud, continúa internado en el Hospital Central "Dr. Ignacio Morones Prieto" con una edad de 1 año 11 meses, quien se encuentra conectado a un ventilador para que le proporcione oxígeno que lo mantenga con vida y se alimenta por sonda de gastrostomía. Que a la fecha no se obtuvieron constancias de que se hubiera iniciado procedimiento administrativo de investigación relacionado con los hechos, para efectos de deslindar la existencia de responsabilidades administrativas ni se comunicó a esta Comisión Estatal que se hayan realizado acciones sobre el pago de la reparación del daño.

IV. OBSERVACIONES

21. 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.

22. Resulta pertinente enfatizar que a este Organismo Público Autónomo tampoco le compete la investigación de los delitos, sino indagar sobre las posibles violaciones a derechos humanos, analizar el desempeño de los servidores públicos en relación a las quejas sobre vulneración a los mismos, se repare el daño causado, se generen condiciones para la no repetición de hechos violatorios,

velar para que las víctimas o sus familiares tengan un efectivo acceso a la justicia, y en su caso, se sancione a los responsables de las violaciones cometidas.

23. 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.

24. Del análisis lógico jurídico realizado al conjunto de evidencias que integran el expediente de queja 1VQU-278/2018, se encontraron elementos suficientes que permitieron acreditar violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud y a la vida en agravio de V1 y VN atribuibles al Hospital Central "Dr. Ignacio Morones Prieto" derivado de la atención médica en atención a las siguientes consideraciones:

25. De los elementos de convicción que se recabaron en la investigación del presente asunto, se observó que el 27 de agosto de 2017, V1 acudió al Hospital Central "Dr. Ignacio Morones Prieto" al haber sido referida por personal médico de la Clínica Rural 14 del Instituto Mexicano del Seguro Social localizada en el municipio de Charcas, San Luis Potosí, al presentar datos de alarma al cursar 29 semanas de gestación, toda vez que comenzaba a arrojar liquido vía vaginal siendo diagnosticada con ruptura prematura de membranas por lo que requirió de hospitalización hasta resolución de embarazo.

26. El 11 de septiembre de 2017, aun encontrándose internada en el referido hospital V1 comenzó con dolores inherentes de parto a las 31.2 semanas de gestación por lo que requirió la realización de diversos estudios, y a las 18:40 horas, se reportó líquido amniótico con aspecto turbio y se decidió interrupción de embarazo vía abdominal; sin embargo, quedó en espera de completar ayuno y a

las 22:00 horas de ese día fue enviada en quirófano donde tuvo que esperar para ser intervenida puesto que no había disponibilidad en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) y se requería de un espacio para el feto ya que las condiciones prematuras de su nacimiento lo ameritarían, por lo que tres horas después ocurrió el nacimiento, es decir a las 01:07 horas del 12 de septiembre de 2017.

27. En el informe médico que rindió el Director del Hospital Central "Dr. Ignacio Morones Prieto", señaló que V1 acudió a ese hospital el día 27 de agosto de 2017 por presentar ruptura prematura de membranas y amenaza de parto pretermino a las 29 semanas de gestación por lo que fue ingresada para manejo conservador en el servicio de ginecología y obstetricia, quien fue intervenida de urgencia el 12 de septiembre de 2017 a las 01:17 horas, recibiéndose a recién nacido masculino con asfixia perinatal severa, estado postparo, con encefalopatía hipóxico isquémica estadio III, en condiciones críticas, intubado, con ventilación asistida por lo que ingresó a la Sala de Cuidados Intensivos.

28. Que posterior al nacimiento el producto de la gestación requirió de apoyo amninérgico, curso hipertensión arterial sistémica, requirió fase III de ventilación, cursó con hipertensión pulmonar y neumonía, el 24 de octubre de 2017, se le realizó una traqueostomía, por intubación prolongada con cánula, siendo posible la progresión ventilatoria hasta parámetros mínimos de ventilación, se diagnosticó reflujo gastroesofágico y se le realizó gastrostomía el 15 de enero de 2018 sin complicaciones, presento desde su nacimiento encefalopatía hipóxico isquémica grado III crisis convulsivas, siendo diagnosticado con artrogliposis múltiple, microcefalia, fasciculaciones de lengua, mal pronóstico neurológico, el servicio de traumatología y ortopedia descartó displasias de cadera congénita y se inició programa de rehabilitación física.

29. Que el 25 de enero de 2018, a la evolución de VN, al no tener criterios de terapia intensiva neonatal, se trasladó a sala de lactantes para continuar con manejo, con mal pronóstico neurológico y con ventilación mecánica asistida con parámetros bajos, situación que continua a la fecha de la presente

recomendación, quien actualmente cuenta con un 1 año 11 meses de edad, estando a cargo de servicios de pediatría, neuropediatria, oftalmología y rehabilitación física.

30. Mediante resumen medico de 31 de mayo de 2018, se robustece información de expediente clínico en el que se destaca que desde las 08:00 horas del 11 de septiembre de 2017 se recabaron estudios de laboratorio reportando una proteína C reactiva con un aumento de 5.5 mg/dl y se mantuvo bajo vigilancia fetal realizándose monitoreo fetal con resultado normal y se extrae líquido amniótico para laboratorio, reportándose resultados hasta las 18:40 horas por lo que se sospechó de una infección (Corioamniotis) y se decidió resolución vía abdominal esperando completar ayuno lo cual ocurrió a las 22:00 horas, sin embargo aun y cuando pasa a quirófano no pudó ser intervenida puesto que no había disponibilidad de espacio en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales para recibir al recién nacido.

31. La evidencia señala que el caso de resolución de embarazo vía abdominal presentó alto riesgo de morbimortalidad por trabajo de parto pretermino y ruptura prematura de membranas y proceso infeccioso intraamniotico, que el producto del embarazo nació a las 31.2 semanas de gestación, con un peso fetal de 1,689 gramos, un Apgar que es valoración del nacimiento de 0-2-4-5.

32. De las constancias recabadas se documentó que VN, nació de pretermino, con asfixia perinatal, sepsis temprana (ruptura de membrana prematura de 16 días de evolución encefalopatía hipóxico isquémica grado II) procedente de área tocoquirugica, sin tono, sin frecuencia, coloración pálida sin esfuerzo respiratorio, por lo que requirió de intervención médica la cual fue proporcionada de manera interdisciplinaria en la Unidad de Cuidados intensivos, donde a los cuatro meses de edad fue pasado a sala de lactantes aún con ventilación mecánica y con antecedentes de daño neurológico, condiciones por las que ha pasado por eventos médicos que requieren de atención médica por el servicio de neurología pediátrica.

33. Al respecto, el 13 de junio de 2019, V1 y V2 padres de VN, señalaron que su hijo continuaba internado en el Hospital Central "Dr. Ignacio Morones Prieto", que considera que debido a que su hijo ya contaba con un año y 9 meses internado, cada vez que se realiza cambio de turno sólo reportan "todo igual" que las enfermeras no le limpian las secreciones, que actualmente su hijo está conectado a una tráquea y esa cánula debe cambiarse cada dos meses, sin embargo de enero de 2018 se la cambiaron hasta octubre 2018, y el último cambio fue en mayo de 2019. Es importante precisar que el personal está muy pendiente del funcionamiento del ventilador al que está conectado su hijo por qué es lo que lo mantiene con vida, pero no revisan la adecuada colocación de la cánula la cual también es importante, así como de tener cuidado con las condiciones de limpieza.

34. Al respecto, el artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño, establecen que los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios.

35. Cabe destacar, que la opinión médica que al respecto se recabó por parte del Colegio de la Profesión Médica del Estado de San Luis Potosí, señala que la rotura de membranas antes del término constituye un desafío para la obstetricia moderna. El término prematura se refiere al trabajo de parto y no a la edad gestacional, que V1 fue atendida por 17 días en el Hospital Central, manejándose con antibióticos, esteroides, al presentar signos de infección se decidió interrupción por vía abdominal.

36. En el punto de análisis de la Opinión Médica se observó que trascurren aproximadamente 13 horas desde la sospecha de datos de infección, tiempo suficiente para contar con incubadora, sin embargo cuando se decide pasar a V1 a quirófano se informa al personal médico que no se cuenta con incubadora en área de terapia neonatal obligando a retrasar procedimiento quirúrgico y se

obtiene nacimiento a las 01:07 horas del 12 de septiembre de 2017, de un producto sexo masculino, liquido meconial, ++++, presentación pélvica, con retención de cabeza, sin esfuerzo respiratorio, sin frecuencia cardiaca, asistolia completa, sin registrar saturación de oxígeno, inician con ventilación con presión positiva sin respuesta, se intuba tráquea y se inicia reanimación cardiopulmonar, pasa a Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, generando los diagnósticos de encefalopatía hipóxico isquémica estadio III, asfixia perinatal, sepsis temprana, peso 1,680 gramos, posterior a su atención a julio de 2018, había presentado múltiples neumonías, epilepsia, retraso en el desarrollo psicomotor.

37. De este análisis, en la Opinión Médica se concluyó que la atención brindada a V1, dado el resultado que su hijo desde que nació no tenía movimiento corporal, no pestañea, come por medio de gastrostomía y recibe oxígeno por traqueostomía, y tiene diagnóstico de displasia broncopulmonar severa y traqueítis, aunque la morbilidad se encuentra aumentada por la prematuridad y por la presencia de la rotura prematura de membranas, V1 estuvo internada 17 días y el manejo expectante contemplaba que la interrupción sería máximo a las 34 semanas o antes y las autoridades del Hospital Central debían proveer que se contará con el recurso de la incubadora y el espacio en la Unidad de Cuidados Intensivos.

38. En este sentido y bajo este análisis, en la Opinión Médica se concluyó que la atención no fue adecuada se obtuvo producto con asfixia perinatal y encefalopatía hipóxico isquémica estadio III. No fue oportuna, desde el momento que se indicó la interrupción del embarazo vía abdominal pasaron 3 horas hasta que pasó a quirófano con pérdida de bienestar fetal en acidosis metabólica. No fue completa, el producto presentó morbilidad importante, no fue eficaz dado el estado mórbido del producto que presentó desde el nacimiento.

39. Que estas omisiones en agravio de VN, si eran previsibles en un buen porcentaje si se hubiera contado con el recurso de la incubadora en Unidad de Cuidados Intensivos en el momento indicado y solicitado. Hay responsabilidad institucional por no contar con la infraestructura necesaria para poder brindar la

atención de calidad.

40. 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 y hospitales 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.

41. De esta manera, el Estado debe tener un sistema capaz de proteger y velar por el derecho de acceso a servicios de salud en condiciones de igualdad, ya que la efectividad del derecho a la protección de la salud demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad. Al respecto, la disponibilidad en los servicios de salud Implica garantizar la suficiencia de los servicios, instalaciones, mecanismos, procedimientos, o cualquier otro medio por el cual se materializa un derecho.

42. Al respecto, la Declaración sobre el Derecho al Desarrollo, artículo 8.1, detalla que los Estados deben tomar medidas para la realización del derecho al desarrollo y garantizar la igualdad de oportunidades para todos en cuanto al acceso a los recursos básicos, y en particular, los servicios de salud.

43. La Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales reconoce a la salud como un derecho fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos, de ahí que todo ser humano tenga derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente.

44. Además, señalar que como estándares la Disponibilidad, que consiste en crear la infraestructura de salud necesaria y se cuenten con medicamentos; Accesibilidad, que la infraestructura y los servicios de salud sean accesibles a todas las personas, accesibilidad física, económica y a la información; aceptabilidad, que la infraestructura de salud esté de acuerdo con la cultura y las prácticas de las comunidades, y la calidad, que la infraestructura de salud sea científica y médicamente apropiada.

45. En la sentencia del Caso "Acevedo Buendía vs. Perú", de 1 de julio de 2009, emitida por la Corte Interamericana de Derechos Humanos, refiere que el artículo 26 consagra derechos económicos, sociales y culturales exigibles a los cuales son aplicables las obligaciones de respeto y garantía como lo son la prevención, protección y cumplimiento.

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

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

48. 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.

49. Por tanto, debe ser motivo de investigación administrativa para deslindar las responsabilidades administrativas en las que pudieron haberse incurrido por la responsabilidad institucional como se asentó en la opinión médica que elaboró perito Dictaminador en Ginecología y Obstetricia del Colegio de la Profesión Médica en el Estado, por la falta de prevención de contar con un espacio en la Unidad de Cuidados Intensivos, dado que V1 evolucionó con una infección detectada con 13 horas de anticipación.

50. Las conductas que desplegaron las autoridades responsables pueden ser constitutivas de responsabilidad administrativa, de conformidad con el artículo 1, 2 fracciones III y V, 9 y 13 de la Ley de Responsabilidades Administrativas del Estado de San Luis Potosí, que establece las facultades para la investigación de faltas administrativas y de la competencia de los Órganos Internos de Control para su substanciación.

51. Asimismo los artículos 5 inciso A fracciones I y II, 14 fracción I, 23 fracción III, 51, 289 de la Ley de Salud del Estado de San Luis Potosí, artículo 7 del Reglamento de la Ley Estatal de Salud, señalan que la atención materno infantil tienen carácter prioritario, que incluye la atención de la mujer en el embarazo y parto, que la atención médica debe ser expedita y de calidad, preferentemente para grupos vulnerables en los que se encuentran las mujeres en periodo de gestación.

52. En el caso, se dejaron de observar 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 Atención de la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio y de la persona Recién Nacida.

53. En la Ley de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes del Estado de San Luis Potosí, publicada el 24 de noviembre de 2017, en su artículo 16 fracción IX, establecen que las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la protección a la salud, así como a recibir la prestación de servicios de atención médica gratuita y de calidad de conformidad con la legislación aplicable, con el fin de prevenir, proteger y restaurar su salud.

54. 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 y articulo 12 y 14 de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer que, en síntesis, establecen el derecho a la vida, la obligación del Estado de asegurar la plena efectividad y alcance del más alto nivel de salud.

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

56. En el mismo sentido, pero en términos de los artículos 1, 2, fracción I, 7, fracciones II, VI, VII; 8, 26, 27, 64, fracciones II y VII; 96, 106, 110; 111, 126, fracción VIII; 130, 131 y 152 de la Ley General de Víctimas, así como de los artículos 62, 64 fracción II, y 102 de la Ley de Atención a Víctimas para el Estado

de San Luis Potosí, al acreditarse violaciones a los derechos humanos en agravio de VN así como de sus padres V1 y V2 se deberá inscribir como víctimas en el Registro Estatal a cargo de la Comisión Ejecutiva Estatal de Atención a Víctimas.

57. En concordancia con ello y con el propósito de evitar que hechos como los analizados en el presente caso se repitan, es necesario que las autoridades impulsen la capacitación a sus servidores públicos orientada hacia el correcto ejercicio del servicio y el respeto de los derechos humanos, en materia de protección a la salud, enfatizando el conocimiento, manejo y observancia de la NOM-007-SSA2-2016 Atención de la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio y de la persona Recién Nacida.

58. En consecuencia, esta Comisión Estatal de Derechos Humanos se permite formular respetuosamente a Usted Director General del Hospital Central "Dr. Ignacio Morones Prieto", las siguientes:

V. RECOMENDACIONES

PRIMERA. Gire sus apreciables instrucciones para que VN, continúe recibiendo atención médica eficiente, eficaz y de calidad, que requiera de acuerdo a su padecimiento actual, considerando que VN a la fecha en que se emite esta Recomendación cuenta con 1 año 11 meses de edad y se encuentra internado en el área de pediatría lactantes del Hospital Central. Remita a esta Comisión Estatal las constancias que acrediten su cumplimiento.

SEGUNDA. Para garantizar a V1 y V2 el acceso a la Reparación del Daño, instruya a quien corresponda para que colabore con este Organismo en la inscripción como víctimas en el Registro Estatal de Víctimas previsto en la Ley de Atención a Víctimas para el Estado de San Luis Potosí, para que en los términos en que resulte procedente de acuerdo al mismo ordenamiento legal, con motivo de la violación a derechos humanos precisados en la presente Recomendación, se les otorgue atención psicológica especializada en su calidad de padres, y en su caso, previo agote de los procedimientos que establece la Ley de Atención a

Víctimas tenga acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, así como a todas aquellas medidas que les beneficie en su condición de víctimas. Se envíen a esta Comisión Estatal las constancias con que se acredite su cumplimiento.

TERCERA. Gire sus apreciables instrucciones a efecto de que, en caso de presentarse una situación de urgencia médica como sucedió en el caso de VN, se prevea de manera inmediata y oportuna las condiciones de disponibilidad desde los primeros datos de emergencia, y de no ser posible su atención en ese hospital realice el traslado a otro hospital público del mismo nivel de atención, esto con el fin de brindar una atención eficiente, eficaz y de calidad en todos los servicios de ginecología obstetricia y cuidados neonatales, y se remitan a esta Comisión Estatal las constancias que acrediten su cumplimiento.

CUARTA. Gire instrucciones precisas a efecto de que, el Titular de la Contraloría Interna de ese Hospital Central a su digno cargo, investigue de manera pronta, exhaustiva, diligente, acuciosa, puntual, ágil, completa, imparcial, objetiva, expedita, independiente, autónoma, objetiva, técnica y profesional, debiéndose desahogar sin demora, las diligencias efectivas para el debido procedimiento y pronta resolución del Procedimiento Administrativo que inicie con motivo de la vista que realice este Organismo con motivo de los hechos que originaron el presente pronunciamiento, para que se determine la existencia o no de responsabilidad administrativa en que pudieron incurrir servidores públicos. Debiéndose aportar la información que al respecto le sea solicitada y tenga a su alcance.

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

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

61. 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.

ATENTAMENTE

LIC. JORGE ÁNDRES LÓPEZ ESPINOSA
PRESIDENTE