

## **RECOMENDACIÓN No. 21/2021**

SOBRE EL CASO DE LA INEFICACIA EN LA ATENCIÓN MÉDICA EN EL HOSPITAL DEL NIÑO Y LA MUJER”, QUE SE COMETIÓ EN AGRAVIO DE V1.

San Luis Potosí, S.L.P, 21 de diciembre de 2021

**DR. DANIEL ACOSTA DIAZ DE LEÓN**  
**DIRECTOR GENERAL DE LOS SERVICIOS**  
**DE SALUD DE SAN LUIS POTOSÍ**

### **Distinguido Director:**

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-385/2019, sobre el caso de violaciones a los derechos humanos cometidas en agravio de V1, V2 y VRN.

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 y V2 padres de VRN recién nacida, atribuibles a personal médico del Hospital del Niño y la Mujer “Dr. Alberto López Hermosa”, en relación a la atención médica que recibió con motivo de su tercer embarazo del que se obtuvo recién nacido en trabajo de parto fortuito en medio séptico (taza de baño) con onfalotomía (Corte del cordón umbilical después del parto) en el mismo sitio; sin embargo, al complicarse su estado de salud, perdió la vida al día siguiente de su nacimiento.

4. V1 manifestó que a las 13:30 horas del 15 de junio de 2019, llegó al Hospital del Niño y la Mujer en compañía de su esposo V2, al presentar 39 semanas de gestación, y aun su fecha probable de parto era el 17 de junio de ese año, acudió porque comenzó con dolores inherentes al parto además de sangrado vaginal, por lo que fue ingresada al área de urgencias, posteriormente al verificar que su presión arterial estaba estable la enviaron a la sala de espera hasta que posteriormente fuera atendida.

5. La víctima detalló que en al encontrarse en la sala de espera continuo con contracciones y sangrado, que pasaron como diez minutos cuando le dieron ganas de ir al baño, al encontrarse en los sanitarios se le rompió la fuente, que ingresaron por ella tres enfermeras y la llevan al área de urgencias, que al sentarse en la taza del baño para quitarse la ropa, sintió que salió su bebé, por lo que lo tomó y gritó a las enfermeras, quienes no acudieron de manera inmediata-Que llegaron dos enfermeras, una cortó el cordón umbilical, mientras el doctor observaba desde la puerta del baño.

6. V1 señaló que la enfermera tardó en cortar el cordón umbilical porque las tijeras no servían, posterior a ello, se llevan a VRN (recién nacida) y luego pasa un quirófano para extraerle los residuos de placenta, después de amamantar a su hija le indicaron que le realizarían estudios. Al día siguiente la dieron de alta, y le



COMISIÓN ESTATAL DE  
DERECHOS HUMANOS  
SAN LUIS POTOSÍ

informaron que VRN se quedara en área neonatal en observación donde se encontraba entubada, y le informaron a V2 que la niña sería trasladada a terapia intensiva porque no recibía el suficiente oxígeno.

7. A las 17:50 horas del 16 de junio de 2019, se les permitió ingresar a pasar a ver a VRN, momento en el que le informan que había fallecido. V1 precisó que en ningún momento le informaron de la gravedad de su hija, ni le informaron a V2, su esposo. En el acta de defunción se asentó que VRN falleció el 16 de junio de 2019 a causa de choque séptico, sepsis temprana, como tipo de defunción natural.

8. Para la investigación de la queja, se radicó el expediente 1VQU-385/2019, dentro del cual se recopilaron datos y documentos relacionados con los hechos, se solicitó información a la autoridad señalada como responsable, se entrevistó a las víctimas, se recabó expediente clínico, así como opinión médica, cuya valoración es objeto de análisis en el capítulo de Observaciones de la presente.

3

## II.EVIDENCIAS

9. Queja que presentó V1, de 19 de junio de 2019, en la que denunció presuntas violaciones a sus derechos humanos atribuibles a personal médico del Hospital del Niño y la Mujer en San Luis Potosí, por la ineficaz prestación médica que recibió con motivo de su embarazo, del que derivó que su hija presentara choque séptico y subsecuentemente presentara complicaciones de salud y perdiera la vida al día siguiente de su nacimiento. A su queja adjuntó:

9.1 Certificado de defunción de 16 de junio de 2019, en la que se asentó que recién nacida falleció a causa de choque séptico y sepsis temprana.

9.2 Acta de defunción número 636442, de 16 de junio de 2019, en la que el Oficial Quinto del Registro Civil en San Luis Potosí asentó que VRN falleció el 16 de junio de 2019 a causa de choque séptico y sepsis temprana. Determinándose tipo de defunción natural.

**10.** Oficio 3669, de 10 de julio de 2019, signado por la Directora del Hospital del Niño y la Mujer “Dr. Alberto López Hermosa” de San Luis Potosí, a través del cual informó que en relación a los hechos de la queja presentada por V1, adjuntó copias certificadas del expediente clínico que se integró de la atención médica que recibió V1 y su hija, de cuyas constancias se destacan:

**10.1** Que el pasado 15 de junio de 2019, aproximadamente a las 13:09 horas se registra en el área de vigilancia V1, para lo cual pasa al área de valoración TRIAGE, donde refiere la paciente dolor obstétrico, presentando un embarazo de 39.5 semanas de gestación, clasificando con color verde, por lo que a los quince minutos se pasa al consultorio de urgencias para su revisión, paciente de atención prenatal desde el primer trimestre, cuyos antecedentes obstétricos maternos son: Gesta III, partos II, cesáreas 0, se le comunicó a la paciente que iba ser explorada y que le será puesta ropa hospitalaria para la valoración, sin embargo la paciente refiere que desea acudir al sanitario donde presentó un parto fortuito, solicitando el apoyo al personal de ese hospital, quien acudió de inmediato y procedió a la recepción del producto de sexo femenino quien presentó un peso de 2,755 gramos, con 39.5 semanas, con Apgar de 7/9, registro de nacimiento a las 14:00 horas, se continuo a otorgar atención al recién nacido.

**10.2** Que a las 14:20 horas se ingresa a la paciente a la sala de labor de alumbramiento de placenta concluyendo a las 16:20 horas, posteriormente se realiza revisión de cavidad, encontrándose desgarro vaginal grado I reparándose con catgut cromio del 0, sin complicaciones con sangrado estimado de 150 ml, por lo cual pasa a recuperación para observación con indicaciones de alojamiento conjunto. A las 18:55 horas se decide pasar a lasa de hospitalización, por lo que el 16 de junio se lleva a cabo su egreso.

**10.3** En lo que respecta a la recién nacida femenino obtenido el 15 de junio de 2019 a las 14:00 horas en medio séptico donde se realiza onfalotomía, se realizaron cuidados iniciales de reanimación neonatal, se ingresa al servicio de neonatología para evitar riesgo de sepsis, con solución glucosada al 5% y doble esquema de antibióticos (ampicilina y amikacina) se pasó a Neos 2.

**10.4** De la exploración física de la recién nacida se desprendieron los siguientes datos: cráneo normocéfalo sin anomalías de superficie con fontanela normal en tono y tamaño, globos oculares presentes de tono adecuado, pupilas normorreflécticas, pabellones articulares bien implantados nariz permeable; labio paladar integro, mucosa oral en buen estado de hidratación, Tórax con precordio rítmico, sin fenómenos agregados. Campos pulmonares bien ventilados. Abdomen blanco, globoso, depresible sin visceromegalias con peristaltismo normal. Miñón umbilical con presencia de dos arterias y una vena.

**10.5** El día 16 de junio, a las 04:13 horas, se le realiza a la recién nacida biometría hemática cuyos resultados fueron los siguientes: Eritrocitos 6.7 millones<sup>7</sup>ul, hemoglobina 23.5 gr/dl, hematocrito 70.4% plaquetas 160,000, fórmula blanca dentro de parámetros normales, grupo sanguíneo O, factor RH positivo. Durante el turno no presenta micción y se le indica carga con solución fisiológica 0.9 % a 10 ml Kg dosis. Horas más tarde, durante su evolución presentó signos vitales de FC 171, FR 60-80 temperatura de 37.9 saturación del 93% glucemia capilar de 100 mg/dl, se encontró tolerando adecuadamente la vía oral, oxígeno a flujo libre, ocasionalmente con salvas de polipnea, evacuaciones presentes. Los resultados de la biometría hemática, determinaron hemoglobina de 21.7 gr/dl, hemacrocito 64.4% plaquetas 47 000 (coágulo). A las 16:40 horas la recién nacida presentó incremento del esfuerzo respiratorio, quejido, tiraje intercostal, aleteo nasal que no mejoró con oxígeno en puntas nasales. Respecto a la radiografía se observó con cardiomegalia, por lo que de inmediato se pasó a Neos 1.

**10.6** Que al estar ingresada en cuidados intensivos neonatales se recibe cianótica, mal perfundida con llenado capilar de 5 segundos, frecuencia cardíaca de 100 latidos, se notó con presencia de soplo en mesocardio grado II, quejido audible a distancia, taquipnea, retracción xifoesternal, manejo con cánula 3, cayendo en paro respiratorio, realizándose en maniobras de reanimación avanzada por 20 minutos con 6 dosis de adrenalina, sin presentar mejoría, por lo cual el 16 de junio a las 17:30 horas se declaró la defunción de VRN recién nacida.

**11.** Expediente clínico que se integró Hospital del Niño y la Mujer “Dr. Alberto López Hermosa” en San Luis Potosí, respecto de la atención médica que recibió V1, con motivo de su embarazo.

**11.1** Nota de evaluación del Triage obstétrico de 15 de junio de 2019, realizado a las 13:08 horas sin nombre de personal médico, en el que se asentó que V1 gestaba su III embarazo, con antecedente de dos partos, y 0 cesárea, saturación del 98%, TA 128/73, temperatura de 36.3, código de atención VERDE, indicándose datos de hemorragia escasa, cefalea ausente, sin salida de líquido amniótico, movilidad fetal presente.

**11.2** Nota médica de revisión de 15 de junio de 2019, realizada a las 13:08 horas sin firma de personal médico, en la que se asentó signos vitales de V1, T.A. 128/73, frecuencia cardiaca de 101, temperatura de 36.5, membranas integra, vasoespasmos ausentes.

**11.3** Hoja diaria de servicio de urgencias a nombre de V1, sin registro de datos ni de personal médico, solo se asentaron los datos personales de la víctima.

**11.4** Historia clínica obstétrica de 15 de junio de 2019, asentada a las 14:14 horas, en la personal médico asentó que V1 presentaba 39.2 semanas de gestación, con fecha de ultimo evento obstétrico de 16 de octubre de 2014, con diagnóstico de parto fortuito en el servicio de urgencias, con registro de Glasgow 5, cardio pulmonar sin compromiso, plan de manejo se indicó ingresar a labor de parto.

**11.5** Nota de partograma sin fecha en la que personal médico asentó solamente parto fortuito, con recién nacido femenino de 2755 gramos, talla 50 cm, capurro 39.5, Apgar 7-9, parto atendido en revisión a las 14:00 horas.

**11.6** Hoja de hospitalización en la que se asentó que V1 ingresó el 15 de junio de 2019 y egreso el 16 de ese mes y año para atención de puerperio fisiológico III. Lo demás ilegible.

**11.7** Nota de indicaciones médicas de 15 de junio de 2019, en la que personal médico asentó a las 14:20 horas, que V1 ingresó a sala de labor.

**11.8** Nota de evolución y/o interconsulta de 15 de junio de 2019, en la que se asentó que a las 16:20 horas, se anotó nota de posparto por parte de personal médico en el que asentó parto eutócico en el área de revisiones, se recibió paciente para alumbramiento y revisión de cavidad.

**11.9** Nota de indicaciones médicas de 15 de junio de 2019, en la que personal médico asentó a las 18:00 horas, las indicaciones de post parto de V1.

**11.10** Hoja de registro clínico de enfermería de evolución gineco obstetricia de 15 de junio de 2019, en la que se asentó que interrupción de lactancia materna. Deterioro de la integridad tisular. Lo demás ilegible.

**11.11** Nota de egreso de 16 de junio de 2019, en la que personal médico anotó que V1 de 28 años de edad, acudió a urgencias por dolor obstétrico, se presentó parto fortuito en el área de revisiones y se ingresa a la sala de expulsivo para alumbramiento. A la valoración se le encontró con signos vitales en parámetros normales. Se realizó alumbramiento tipo Shulze previa asepsia y antisepsia, obteniendo placenta completa. Se realizó revisión manual de cavidad sin encontrar restos membranos placentarios, en canal vaginal, se repara desgarro grado I. Actualmente en buenas condiciones generales. Por lo que, tras manejo oportuno y valoración en puerperio inmediato, se decidió egreso por evolución clínica satisfactoria.

**11.12** Certificado de defunción 190663003 a nombre de VRN, Recién nacido, en el que se asentó que falleció el 16 de junio de 2019 a las 17:30 horas, por choque séptico y sepsis temprana, con registro de otros datos patológicos significativos que contribuyen a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado que la produjo señalado dificultad respiratoria y nacimiento en medio séptico.

**12.** Expediente clínico que se integró Hospital del Niño y la Mujer “Dr. Alberto López Hermosa” en San Luis Potosí, respecto de la atención médica que recibió VRN, con motivo de su nacimiento.

**12.1.** Historia perinatal y del recién nacido de 15 de junio de 2019, en la que personal médico asentó que se trata de paciente femenina obtenida en medio séptico (taza del baño) en donde se realizó onfalotomía. No presenta antecedentes de importancia y clínicamente se encuentra bien. Ante el riesgo de sepsis se ingresa para inicio de (ilegible) Ruptura de membranas de 10 minutos previos al nacimiento.

**12.2** Nota de ingreso de 15 de junio de 2019, suscrita por personal médico en la que asentó que paciente nació en medio séptico (taza de baño) con onfalotomía (Diccionario medico f. Corte del cordón umbilical después del parto) en el mismo sitio. Vigorosa en presentación cefálica por vía vaginal, otorgándose APGAR 7-9 y Silverman Anderson. Requirió solo maniobras iniciales de reanimación neonatal y una vez trasladada a fuente de calor se dan los cuidados inmediatos de recién nacido con aplicación de profilaxis oftálmica con cloranfenicol y vitamina k intramuscular, de 2755 g, talla 50 cm, PC 33 c, PT 32 cm, cráneo normocéfalo sin anomalías de superficie.

**12.3** Nota de evolución sin fecha y hora en la que personal médico asentó que recién nacido de 39.5 semanas de gestación por Capurro, peso adecuado a edad gestacional, potencialmente infectado, síndrome de distress respiratorio, pb síndrome de adaptación pulmonar. Evolución estable, adecuadamente alimentación, presentó febrícula de 37.9°C en incubadora, con oxígeno a flujo libre saturado al 96%, ocasionalmente salvos de polipnea, micciones y evacuaciones presentes. Pronóstico reservado a la evolución de la paciente.

**12.4** Nota de evolución y/interconsulta de 15 de junio de 2019, hora de ingreso a las 19:00 horas, fecha de defunción 16/06/2019, hora de defunción 17:30 horas. Evolución de recién nacido de término de 39.5 semanas de gestación/peso adecuado para la edad gestacional, potencialmente infectado por nacimiento en

medio séptico. Diagnóstico de egreso: Recién nacido de término de 39.5 semanas de gestación/peso adecuado para la edad gestacional, sepsis neonatal en tratamiento, choque séptico, síndrome de dificultad respiratoria probablemente secundario o neumonía intrauterina: Causa de muerte choque séptico debido a sepsis temprana.

**12.5** Estudios a auxiliares. Se recibió paciente femenino de 2 días de vida extrauterina, procedente de terapia intermedia neonatal la cual es trasladada ante deterioro importante del estado ventilatorio. Se recibió cianótica, mal perfundida con llenado capilar de 5 segundos, frecuencia cardiaca de 100 pm, con saturación capilar y presión arterial no registrada por el monitor. Precordio con ruidos cardiacos rítmicos correspondientes a la frecuencia indicada por el monitor y presencia con solo mesocardio grado II; eutérmica con quejido audible a distancia, taquipneico y con retracción xifoesternal a pesar de encontrarse con apoyo ventilatorio por puntos nasales.

**12.6** Encontrándose en tratamiento, el paciente lejos de presentar mejoría presenta un deterioro en la frecuencia cardiaca por lo que se pasa posterior a 10 minutos a ventilación, cayendo posteriormente en paro cardiorrespiratorio, con maniobras de reanimación, y se declara a las 17:30 horas la defunción de recién nacido.

**13.** Acta circunstanciada de 21 de septiembre de 2019, en la que personal de este Organismo hizo constar por comparecencia de V2, padre de VRN, quien manifestó que el 15 de junio de 2019, que llegó en compañía de V1, su esposa al hospital del Niño y la Mujer “Dr. Alberto López Hermosa” donde está un estacionamiento, que al entrar espero en sala de espera, que V1 se tardó 2 minutos en anotarse en una bitácora y solo le checkaron la presión. Que regresó con e ingresó al baño que se encuentra en la sala de espera, en ese momento salió un doctor para llamar a su esposa, pero le indico que estaba en el baño, pasando unos minutos su esposa salió del baño.

**13.1** Que pasaron alrededor de 15 y 20 minutos pero ya no llamaron a su esposa, en ese momento ella se sintió un poco mal, y se dirigió nuevamente al baño, pero esa vez tardó 10 minutos en el baño, que al acercarse al baño V1 gritó que se le había roto la fuente (ruptura prematura de membranas) por lo que la ayude a salir del baño y le pidió al guardia que le diera acceso, por lo que ingreso aproximadamente a las 14:00 horas y en ese momento pidió a qué hora pudieran darle informes, indicándole que a las 16:00 horas. A esa hora le indicaron que VRN, ya había nacido, y que hasta mañana podría visitarla, por lo que se dirigió a su domicilio por lo que se regresó a su domicilio en una localidad del municipio de Villa de Reyes.

**13.2** Que al día siguiente regresó al Hospital del Niño y la Mujer a efecto de visitar a su esposa le indicaron que sería dada de alta, quien le dijo que no conocía el estado de salud de su hija, en ese momento volvieron a pedir informes, pero ningún trabajador o trabajadora les resolvió su duda, comentándole que hasta las 16:00 horas a 17:00 horas para los padres y de 17:00 a 18:00 horas para las madres. Que se dirigió al área donde están los bebés un poco delicados, que duró un lapso de 40 minutos y su bebé no dejó de llorar y nunca fue atendida, posteriormente le informaron que iba a ser trasladada al área de recién nacidos con un delicado estado de salud por lo que le pidió que se retirara de esa área., después de unos minutos tanto V1 como el, les proporcionaron un overol y cubrebocas para visitar a su hija, ahí les informaron que su hija falleció de un paro respiratorio y hasta ese momento le explicaron que había tenido una infección ocasionada por el estado en el que había nacido.

**14.** Acta circunstanciada de 23 de septiembre de 2019, en el que se hace constar que personal de este Organismo se constituyó en el domicilio de V1, a quien se le dio a conocer el informe de la autoridad, por lo que informó que los hechos sucedieron como lo manifestó en su comparecencia de 19 de junio de 2019.

**15.** Oficio 1VOF-0813/19 de 30 de septiembre de 2019, dirigido al Presidente del Colegio de la Profesión Médica del Estado de San Luis Potosí, recibido el 10 de

octubre de 2019, por el cual se solicitó la colaboración para emitir una opinión médica relativa a la atención que recibió V1 y VRN.

**16.** Opinión Médica de 19 de junio de 2020, que realizó médico del Colegio de la Profesión Médica del Estado de San Luis Potosí, donde concluyó en Gineco-obstetricia que la atención médica brindada a la C. Alejandra López Zavala. Por personal del Hospital del Niño y la Mujer “Dr. Alberto López Hermosa”: No fue adecuada, No fue oportuna, no fue completa y no fue eficaz.

**16.1** La opinión médica señala que no fue adecuada ya que la paciente fue valorada por Triage obstétrico a las 13:08 horas del 15 de junio de 2019 calificándolo con código verde, como urgencia no calificada. No aparece en expediente quien realiza el Triage pasante de enfermería. Pasante de medicina, médico general. Nunca se revisó a paciente. Antes de querer pasar al baño debió realizarse exploración física para corroborar condiciones del trabajo de parto.

**16.2** No fue oportuna, la paciente presenta ruptura de membranas al ir al baño y completa segundo periodo de trabajo de parto, presenta parto fortuito en el baño, solo con ayuda de su pareja y posteriormente con ayuda de enfermeras.

**16.3** No fue completa, ya que el alumbramiento se concluye en la sala de expulsión 20 minutos después del nacimiento. Al no tener valoración médica previa antes del nacimiento, no se pudo detectar su había patología previa, perdida del bienestar fetal, no se anotan características del líquido amniótico, datos que pudieran ayudar a explicar la evolución tórpida del producto 14 horas después del nacimiento.

**16.4** No fue eficaz, ya que el hecho de presentar un parto fortuito en el baño implica que no se valoró en forma adecuada en zona de Triage, no se tuvo el sentido común de revisarla antes de pasar al baño, era una gesta tres. No hay nota médica de valoración en área de tocoquirúrgica, no hay nombre ni firma de quien realiza el Triage. Tuvieron 52 minutos para realizar valoración obstétrica y detectar alguna alteración del bienestar fetal.

**16.5** Las omisiones que ocurrieron en agravio de V1, si eran previsibles para la ciencia médica si el programa Triage obstétrico funcionar como está establecido en la Norma de Lineamiento Técnico y que la autoridad respectiva vigilara que se realizara en forma adecuada y por el personal pertinente y capacitado, no debe realizarlo personal médico ni de enfermería en formación. La institución es responsable de contar con la infraestructura para brindar la atención requerida, tener suficiente personal capacitado.

**17.** Acta Circunstanciada de 20 de enero de 2021, en la que se hace constar la remisión del expediente para estudio de resolución.

### **III.- SITUACIÓN JURÍDICA**

**18.** V1 acudió al Hospital del Niño y la Mujer “Dr. Alberto López Hermosa”, San Luis Potosí por presentar dolores con motivo de su tercer embarazo de 39.5 semanas de gestación, reportándose que a la valoración médica inicial por servicio de Triage, que la atención requerida fue catalogada en código verde, por lo que fue enviada a sala de espera.

**19.** V1 manifestó que desde su primera valoración el 15 de junio de 2019, a las 13:00 horas sólo le revisaron la presión arterial indicándole que todo estaba bien, sin que recibiera otra revisión, que al encontrarse en sala de espera acudió al sanitario, donde solicitó apoyo al personal al presentar ruptura de membranas (ruptura de fuente) por lo que solicitó atención médica, que una vez que fue revisada indicó que quería acudir al baño y encontrarse en la taza del baño ocurrió el alumbramiento de VRN, (recién nacida finada) que al gritar pasaron dos minutos para que llegara personal de enfermería quien tardó en cortar el cordón umbilical, que como pudo sujetaba a su hija.

**20.** V1 precisó que posterior al nacimiento de su hija, no se le indicaron las condiciones de nacimiento y de salud, que después de llevarla para que la amamantara le fue retirada, y al día siguiente se le indica la alta voluntaria de ella, quedándose internada VRN, debido a un estado de salud delicado, misma que

falleció a las 17:30 horas del 16 de junio de 2019, a consecuencia de choque séptico y sepsis temprana.

**21.** Cabe precisar que, a la fecha de elaboración de la presente recomendación, no se obtuvieron constancias de que se hubiera iniciado procedimiento administrativo de investigación relacionado con los hechos, para efectos de deslindar la responsabilidad ni se comunicó a esta Comisión Estatal que se hayan realizado acciones sobre el pago de la reparación del daño.

#### **IV. OBSERVACIONES**

**22.** 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.

**23.** 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.

**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



COMISIÓN ESTATAL DE  
DERECHOS HUMANOS  
SAN LUIS POTOSÍ

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.** Del análisis lógico jurídico realizado al conjunto de evidencias que integran el expediente de queja se encontraron elementos suficientes que permitieron acreditar violaciones a los derechos humanos **A. Derecho a la protección de la salud y a la vida** por inadecuada atención médica y **B. Derecho a la información en los servicios de salud.** Por la omisión de integración correcta de expediente clínico, por actos atribuibles a Servicios de San Luis Potosí a través de la atención proporcionada por personal en el Hospital del Niño y la Mujer “Dr. Alberto López Hermosa”, donde ingresó con diagnóstico de segundo embarazo de 39.5 semanas de gestación, con trabajo de parto, que tuvo como consecuencia nacimiento de VRN, en medio séptico (taza de baño) con onfalotomía (Corte del cordón umbilical después del parto) en el mismo sitio que tuvo como consecuencia complicaciones en la salud que derivó en su fallecimiento.

14

**26.** 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:

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

Por inadecuada, inoportuna, ineficaz e incompleta atención médica

**27.** El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas en su Observación General 14 “Derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”, determinó que tal derecho no solamente implica obligaciones de carácter negativo o de abstención que impidan la efectividad del derecho a la salud, si no que el Estado y las instituciones de salud deben abstenerse de impedir el acceso a las personas para obtener atención médica adecuada que garantice un alto nivel de salud. La misma ONU, a través de su Tercer Objetivo de

Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030, sobre “Salud y bienestar”, se ha pronunciado en el sentido de garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”, y hace un llamado a volcar esfuerzos en una estrategia mundial para alcanzar la meta de reducir la tasa mundial de mortalidad materna garantizando la salud y bienestar materna.

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

**29.** De las evidencias que al respecto se recabaron se observó que V1, cursaba su tercer embarazo quien inició el 15 de junio de 2019, con un diagnóstico de 39.5 semanas de gestación, fue atendida en el Hospital del Niño y la Mujer “Dr. Alberto López Hermosa” en San Luis Potosí, para recibir atención médica, con registro de antecedente de dos partos vía vaginal.

**30.** Ahora bien, del informe rendido mediante oficio 003669 de 10 de julio de 2019, se señaló que V1 fue atendida el 15 de junio de 2019, a las 13:09 horas, que fue valorada en el área de valoración TRIAGE, donde refiere la paciente dolor obstétrico, presentando un embarazo de 39.5 semanas de gestación, clasificando con color verde, por lo que a los quince minutos se pasa al consultorio de urgencias para su revisión, paciente de atención prenatal desde el primer trimestre, se le comunicó a V1 que iba ser explorada y que le será puesta ropa hospitalaria para la valoración, sin embargo la paciente refirió que desea acudir al sanitario donde presentó un parto fortuito, solicitando el apoyo al personal de ese hospital, quien acudió de inmediato y procedió a la recepción del producto de sexo femenino quien presentó un peso de 2,755 gramos, con 39.5 semanas, con Apgar de 7/9, registro de nacimiento a las 14:00 horas, se continuo a otorgar atención a VRN.

**31.** En el informe referido se asentó que al estar ingresada en cuidados intensivos neonatales se recibe cianótica, mal perfundida con llenado capilar de 5 segundos, frecuencia cardiaca de 100 latidos, se notó con presencia de soplo en mesocardio grado II, quejido audible a distancia, taquipnea, retracción xifoesternal, manejo con cánula 3, cayendo en paro respiratorio, realizándose en maniobras de reanimación avanzada por 20 minutos con 6 dosis de adrenalina, sin presentar mejoría, por lo cual el 16 de junio a las 17:30 horas se declaró la defunción de VRN recién nacida.

**32.** Del expediente clínico que se integró a V1, en el Hospital del Niño y la Mujer “Dr. Alberto López Hermosa” en esta Ciudad Capital, se hizo constar la Nota de evaluación del Triage obstétrico de 15 de junio de 2019, realizado a las 13:08 horas sin nombre de personal médico, en el que se asentó que V1 requería de atención en código verde, indicándose datos de hemorragia escasa, cefalea ausente, sin salida de líquido amniótico, movilidad fetal presente, como se asentó en nota médica de revisión sin firma de personal médico.

**33.** El 15 de junio de 2019, a las 14:14 horas, personal médico reportó en nota de historia clínica obstétrica que V1, presentaba 39.2 semanas de gestación, con fecha de ultimo evento obstétrico de 16 de octubre de 2014, con diagnóstico de parto fortuito en el servicio de urgencias, con registro de Glasgow 5, cardio pulmonar sin compromiso, plan de manejo se indicó ingresar a labor de parto.

**34.** En este orden de ideas, de acuerdo a lo manifestado a V1, detalló que en al encontrarse en la sala de espera continuo con contracciones y sangrado, que pasaron como diez minutos cuando le dieron ganas de ir al baño, al encontrarse en los sanitarios se le rompió la fuente, que ingresaron por ella tres enfermeras y la llevan al área de urgencias, que al sentarse en la taza del baño para quitarse la ropa, sintió que salió su bebé, por lo que lo tomó y gritó a las enfermeras, quienes no acudieron de manera inmediata- Que llegaron dos enfermeras, una cortó el cordón umbilical, mientras el doctor observaba desde la puerta del baño.

**35.** 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 a las 13:08 horas del 15 de junio de 2019, fue valorada en el área de TRIAGE, sin recibir una atención adecuada, puesto que después de que paso a sala de espera con código de atención verde, la atención médica no fue oportuna aun y cuando tenía signos de presentar ruptura de membranas (fuente) por lo que era indispensable recibiera una atención adecuada y oportuna que evitara un parto fortuito en medio séptico (taza del baño).

**36.** De acuerdo a las constancias que integraron el expediente clínico que se integró a VRN, se señaló que en registro de historia perinatal y del recién nacido personal médico asentó que paciente nació en medio séptico (taza de baño) con onfalotomía (Diccionario medico f. Corte del cordón umbilical después del parto) en el mismo sitio. Vigorosa en presentación cefálica por vía vaginal, otorgándose APGAR 7-9 y Silverman Anderson. Requirió solo maniobras iniciales de reanimación neonatal y una vez trasladada a fuente de calor se dan los cuidados inmediatos de recién nacido con aplicación de profilaxis oftálmica con cloranfenicol y vitamina k intramuscular, de 2755 g, talla 50 cm, PC 33 c, PT 32 cm, cráneo normocéfalo sin anormalidades de superficie.

**37.** Además de lo anterior, en la nota de evolución médica se asentó que VRN se encontró potencialmente infectado, síndrome de distress respiratorio, probable síndrome de adaptación pulmonar. Evolución estable, adecuadamente alimentación, presentó febrícula de 37.9°C en incubadora, con oxígeno a flujo libre saturado al 96%, ocasionalmente salvos de polipnea, micciones y evacuaciones presentes. Pronóstico reservado a la evolución de la paciente, sin embargo, al complicarse su salud el 16 de junio de 2019, presentó sepsis neonatal en tratamiento, choque séptico, síndrome de dificultad respiratoria probablemente secundario o neumonía intrauterina: Causa de muerte choque séptico debido a sepsis temprana.

**38.** De acuerdo con el certificado de defunción expedido por la Secretaría de Salud, en el que se asentó que VRN, recién nacido el 15 de junio de 2019, falleció el 16 de junio de 2019 a las 17:30 horas, por choque séptico y sepsis temprana, con registro de otros datos patológicos significativos que contribuyen a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado que la produjo señalado dificultad respiratoria y nacimiento en medio séptico.

**39.** Ahora bien, de acuerdo con la opinión médica que realizó un perito del Colegio de la Profesión Médica se concluyó que las acciones y prácticas médicas realizadas por personal médico en la atención de V1 No fue adecuada, no fue oportuna, no fue completa y no fue eficaz.

**40.** En la opinión médica se destaca que omisiones y acciones indebidas que se cometieron en agravio de V1 fueron las siguientes: no fue adecuada ya que la paciente fue valorada por Triage obstétrico a las 13:08 horas del 15 de junio de 2019 calificándolo con código verde, como urgencia no calificada. No aparece en expediente quien realiza el Triage pasante de enfermería. Pasante de medicina, médico general. Nunca se revisó a paciente. Antes de querer pasar al baño debió realizarse exploración física para corroborar condiciones del trabajo de parto

**41.** No fue oportuna, la paciente presenta ruptura de membranas al ir al baño y completa segundo periodo de trabajo de parto, presenta parto fortuito en el baño, solo con ayuda de su pareja y posteriormente con ayuda de enfermeras

**42.** También en la conclusión de la opinión médica se dice que no fue completa, ya que el alumbramiento se concluye en la sala de expulsión 20 minutos después del nacimiento. Al no tener valoración médica previa antes del nacimiento, no se pudo detectar su había patología previa, pérdida del bienestar fetal, no se anotan características del líquido amniótico, datos que pudieran ayudar a explicar la evolución tórpida del producto 14 horas después del nacimiento.

**43.** No fue eficaz, ya que el hecho de presentar un parto fortuito en el baño implica que no se valoró en forma adecuada en zona de Triage, no se tuvo el sentido

común de revisarla antes de pasar al baño, era una gesta tres. No hay nota médica de valoración en área de tocoquirúrgica, no hay nombre ni firma de quien realiza el Triage. Tuvieron 52 minutos para realizar valoración obstétrica y detectar alguna alteración del bienestar fetal.

**44.** Este orden de ideas, de acuerdo con la evidencia y la opinión médica que al respecto se recabó, quedó acreditado la relación causa efecto con relación a la adecuada atención médica de V1, y, con ello, la responsabilidad institucional que en materia de derechos humanos es atribuible a la Institución de los Servicios de Salud por las acciones y omisiones señaladas en la presente Recomendación.

**45.** 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.

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

### ***Derecho a la información en los servicios de salud***

#### ***Por la omisión de integración correcta de expedientes clínicos***

**47.** En este aspecto de la evidencia, se advirtió omisiones en la integración del expediente clínico que se integró a V1 en el Hospital del Niño y la Mujer “Dr. Alberto López Hermosa”, se observó que las notas médicas realizadas el 15 de junio de 2019, contiene datos ilegibles específicamente nombre del médico, así como nota médica ilegible de nombre y texto de la misma fecha. Por lo que respecto a la integración del expediente clínico, no se cumplió la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico, que en sus numerales 4.4, 5.10 y 6.1.6 establecen que los prestadores de servicios de atención médica de los establecimientos públicos estarán obligados a integrar y conservar el expediente clínico, que deberá contener las notas medicas de evolución, la cual deberá elaborarla el médico cada vez que proporciona atención al paciente, que se incluya nombre completo, lo que en el caso no aconteció.

20

**48.** 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.

**49.** En este contexto, es aplicable la sentencia del Caso “Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”, de 22 de noviembre de 2007, emitida por la Corte Interamericana de Derechos Humanos, párrafo 68, en la cual se refiere la relevancia que tiene un expediente médico adecuadamente integrado, como un instrumento guía para el tratamiento y constituirse en una fuente razonable de conocimiento respecto de la

situación del enfermo, las medidas adoptadas para controlarla y, en su caso, las consecuentes responsabilidades.

**50.** 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.

21

**51.** 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.

**52.** Además de lo anterior, de acuerdo a lo manifestado por V1 y V2, después del nacimiento de VRN, no se les informó el estado de salud, además de que V2 no tuvo conocimiento de la forma del nacimiento de VRN, que fue hasta el día siguiente que cuando se les permitió verlo en área hospitalaria se les informó que había fallecido.

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

**53.** Por tanto, debe ser motivo de investigación administrativa para deslindar las responsabilidades del personal médico que atendieron a V1, destacándose además que en la opinión elaborada por el Médico Especialista del Colegio de la

Profesión Médica se advirtió que la atención que se proporcionó a la víctima no fue completa, oportuna, adecuada y eficaz que debería de corresponder al seguimiento de la atención de la madre y producto de gestación.

**54.** En este sentido en la opinión médica se asentó que puntualmente en que consistieron las acciones y omisiones indebidas que se cometieron en agravio de V1 y VRN, los cuales eran previsibles para la ciencia médica, situación por la que se debe investigar las responsabilidades administrativas en las que pudieron haber incurrido personal médico que brindó atención médica, situación que debe ser investigada debido a que en el expediente clínico no se asentaron los nombres de quienes atendieron en valoración TRIAGE a V1.

**55.** Al respecto en la opinión médica se concluyó que las omisiones que ocurrieron en agravio de V1, si eran previsibles para la ciencia médica si el programa Triage obstétrico funcionar como está establecido en la Norma de Lineamiento Técnico y que la autoridad respectiva vigilara que se realizara en forma adecuada y por el personal pertinente y capacitado, no debe realizarlo personal médico ni de enfermería en formación. La institución es responsable de contar con la infraestructura para brindar la atención requerida, tener suficiente personal capacitado.

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

### ***Reparación Integral del Daño***

**57.** 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.

**58.** En el mismo sentido, pero 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 Atención a 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.

**59.** En los artículos 18, 19, 20, 21, 22 y 23 de los “Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del Derecho Internacional Humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones”, y en diversos criterios de la CrIDH, se considera que para garantizar a las víctimas la reparación integral, proporcional a la gravedad de la violación y las circunstancias de cada caso, es necesario cumplir los principios de restitución, indemnización, rehabilitación, compensación, satisfacción, garantías de no repetición, obligación de investigar los hechos, así como identificar, localizar, detener, juzgar y, en su caso, sancionar a los responsables.

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

**61.** En concordancia con ello y con el propósito de evitar que hechos como los analizados en el presente caso se repitan, es necesario que las autoridades impulsen la capacitación a sus servidores públicos orientada hacia el correcto ejercicio del servicio y el respeto de los derechos humanos, en materia de protección a la salud, enfatizando el conocimiento, manejo y observancia de las Normas Oficiales Mexicanas Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida y NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico.

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

**63.** 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.

**64.** 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.

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

## V. RECOMENDACIONES

**PRIMERA.** 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 víctima en el Registro Estatal de Víctimas previsto en la Ley de Atención a Víctimas para el Estado de San Luis Potosí, para que en los términos en que resulte procedente de acuerdo al mismo ordenamiento legal, con motivo de la violación a derechos humanos precisados en la presente Recomendación, se le otorgue atención psicológica especializada, y en su caso, previo agote de los procedimientos que establece la Ley de Atención a Víctimas tenga acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, así como a todas aquellas medidas que les beneficie en su condición de víctimas. Se envíen a esta Comisión Estatal las constancias con que se acredite su cumplimiento.

**SEGUNDA.** Realice las acciones necesarias a efecto de que en el Hospital del Niño y la Mujer “Dr. Alberto López Hermosa” se cuente con personal en ginecología especializado y capacitado para la atención y seguimiento oportuno de atención del embarazo, parto y puerperio en el área de TRIAGE. Y se remitan a esta Comisión Estatal las constancias que acrediten su cumplimiento.

**TERCERA.** Realice las acciones necesarias para que el Titular de la Contraloría Interna de Servicios de Salud a su digno cargo, inicie, integre y resuelva la

investigación Administrativa que inicie con motivo de la vista que realice este Organismo con motivo de los hechos que originaron el presente pronunciamiento, para que en su caso se determine la responsabilidad administrativa en que pudieron incurrir servidores públicos. Debiéndose aportar la información que al respecto le sea solicitada y tenga a su alcance.

**CUARTA.** Realice las acciones necesarias para que se imparta a los servidores públicos capacitación en materia de Derechos Humanos y sus implicaciones en la protección a la salud, enfatizando el conocimiento, manejo y observancia de las Normas Oficiales Mexicanas NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida, NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico, NOM-027-SSA3-2013 Regulación de los Servicios de Salud, en el que se enfoque en la necesidad de una valoración adecuada en el área de TRIAGE así como en la revisión médica inicial. Debiéndose aportar la información que al respecto le sea solicitada y tenga a su alcance.

26

**66.** 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.

**67.** 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.



COMISIÓN ESTATAL DE  
DERECHOS HUMANOS  
SAN LUIS POTOSÍ

**68.** 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**