

**RECOMENDACIÓN No. 01/2017**

SOBRE EL CASO DE LA INADECUADA ATENCIÓN  
MÉDICA EN EL HOSPITAL GENERAL DE MATEHUALA,  
QUE SE COMETIÓ EN AGRAVIO DE V1.

San Luis Potosí, S.L.P, a 24 de abril de 2017

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

**Distinguida Directora:**

1. La Comisión Estatal de Derechos Humanos, con fundamento en los artículos 1, párrafos primero, segundo y tercero, y 102 apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 17 de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de San Luis Potosí; 3, 4, 7 fracción I, 26 fracción VII, 33 fracciones IV y XI, 137 y 140, de la Ley de la Comisión Estatal de Derechos Humanos, así como 111, 112, 113 y 114 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias contenidas en el expediente 4VQU-205/2015, sobre el caso de violaciones a los derechos humanos cometidas en agravio de V1.

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 médico del Hospital General de Matehuala, San Luis Potosí, en relación con la atención médica que le fue proporcionada con motivo de su embarazo.

4. V1 manifestó que a las 19:00 horas del 15 de noviembre de 2015, acudió al Hospital General de Matehuala al presentar dolor en el vientre y sangrado relacionado con su embarazo, que en ese momento no recibió la atención médica porque no se contaba con personal médico que le brindara la atención inmediata, que la enfermera la revisó de la presión arterial, estatura y peso del producto, quien le manifestó que su bebé estaba en movimiento, pero sus contracciones duraban menos tiempo por lo que le indicaron que esperara en enfermería en el área de patología, porque no había médico.

5. V1, precisó que posteriormente fue revisada por dos médicos, que uno le indicó que no había realizado ultrasonido debido a que no sabía utilizar el equipo, y al practicarlo le informan que su bebé no tenía suficiente oxígeno, por lo que sería intervenida de urgencia. Que después de realizarle la cesárea no le informaron que su bebé había fallecido y fue hasta después que un médico le dijo que se obtuvo producto óbito de 36 semanas de gestación con sufrimiento fetal agudo.

6. Para la investigación de la queja, se radicó el expediente 4VQU-205/2015, 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

7. Queja que presentó V1, de 23 de noviembre de 2015, en la que denunció presuntas violaciones a sus derechos humanos atribuibles a personal médico del Hospital General de Matehuala, San Luis Potosí, por la inadecuada prestación médica que derivó en el fallecimiento del producto de su embarazo.

8. Oficio 7387 de 14 de diciembre de 2015, suscrito por Jefe de la Jurisdicción Sanitaria Número II, mediante el cual remitió informe médico sobre la atención que recibió V1 en el Hospital General de Matehuala, en el cual detalló lo siguiente:

8.1 Que V1, paciente femenino de 36 años de edad, recibió seguimiento de embarazo en el área de primer nivel en los Centros de Salud Vista Hermosa y República de este último fue referida al Hospital General de Matehuala el día 12 de noviembre de 2015, con diagnóstico de embarazo Intrauterino de 36.1 semanas de gestación con antecedentes de cesárea previa e hipertiroidismo por lo que se decide su referencia a obstetricia de Segundo Nivel de Atención, de acuerdo con los lineamientos del sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes según lo prevé la Ley General de Salud.

9. Informe suscrito por el Director del Hospital General de Matehuala, quien con relación a la atención médica que recibió V1, asentó:

9.1 Que de acuerdo a lo consignado en el expediente clínico se trata de paciente femenino que acudió al servicio de urgencias el 15 de noviembre de 2015, con registro de atención en consulta a las 20:30 horas, paciente que cursa su tercer embarazo de 36.5 semanas de gestación, antecedente de una cesárea y un aborto.

9.2 Que la paciente presentó antecedentes de padecimiento de hipertiroidismo de 3 años, tratada con tiamazol, propranolol hipromecosa oftálmica, con control prenatal en centro de salud, enviada con referencia, de acuerdo a ultrasonido del

12 de noviembre de 2015, con 36 semanas de gestación y fecha probable de parto del 11 de diciembre de 2015.

**9.3** Que V1 acudió por iniciar dolor obstétrico en hipogastrio, irradiando a lumbares, así como salida escasa de líquido sanguinolento, movimientos fetales presentes a la exploración, pesó 73 kilogramos talla 1.56, presión arterial 127/67 frecuencia respiratoria 21x', frecuencia cardíaca 91x', temperatura 37.3, saturación de oxígeno 98% consciente, cooperadora, bien orientada, mucosa oral hidratada exploración de tórax, sin alteraciones consignadas, abdomen globoso a expensas de útero gestante con fondo uterino de 30 centímetros, frecuencia cardíaca fetal 75 latidos por minuto longitudinal dorso derecho cefálico, movimientos fetales presentes sin sangrado transvaginal o salida de líquido, cérvix de 3 centímetros de dilatación 60% borramiento, cérvix posterior. Extremidades inferiores sin datos anormales se menciona que el registro cardiotocográfico no se logra con certeza el foco fetal cardíaco.

4

**9.4** Que V1 fue diagnosticada con tercer embarazo de 36.5 semanas por fecha de última menstruación y 36.4 por ultrasonido. Se solicitó registro cardiotocográfico, interconsulta ginecología y obstetricia, avisan a personal especialista; bradicardia fetal pronóstico ligado a evolución.

**9.5** Que se solicitó la interconsulta a médico especialista externo por no haber ginecólogo en el Hospital General de Matehuala. Acude un médico ginecólogo obstetra subrogado, quien consigna en el expediente nota a las 0:15 “se me comunica telefónicamente que hay un sufrimiento fetal agudo por lo que acudo al hospital de inmediato y al llegar encuentro a V1 con un embarazo Intrauterino de 36 semanas de gestación y frecuencia cardíaca fetal de 86 latidos por minuto, se le informó a V1 que su hijo está en graves problemas y que pasará a cesárea de inmediato”.

**9.6** Que existió una tardanza de aproximadamente 15 minutos para pasarla a quirófano, donde la Médico Especialista en Anestesiología optó por bloqueo e inicia cirugía.

**10.** Certificado de muerte fetal de 15 de noviembre de 2015, en el que se asentó que la causa de muerte fetal fue por sufrimiento fetal agudo.

**11.** Copia del Expediente Clínico que se integró a V1, en el Hospital General de Matehuala, de San Luis Potosí, respecto de la atención médica que recibió la víctima de cuyas constancias se destaca lo siguiente:

**11.1** Triage obstétrico de 15 de noviembre de 2015, que se realizó a V1 al presentar sangrado y dolor obstétrico en hipogastrio, siendo atendida en el Hospital General de Matehuala, San Luis Potosí.

**11.2** Hoja de Hospitalización de V1, con diagnóstico final al egreso: puerperio quirúrgico, producto óbito de 36 semanas de gestación y sufrimiento fetal agudo, con procedimiento quirúrgico: Cesárea.

**11.3** Hoja de evolución de 15 de noviembre de 2015, en la que se asentó que se le comunicó a la paciente que su hijo estaba en graves problemas y pasará a cesárea de inmediato, hay una tardanza de aproximadamente 15 minutos para pasarla al quirófano a las 23:02 horas un óbito femenino de 2,060 gramos con abundante meconio espeso.

**11.4** Hoja de operaciones de 15 de noviembre de 2015 en la que se asentó: que V1 pasa bajo anestesia regional epidural previa asepsia, antisepsia, sondeo vesical y colocación de Campos estériles, se incide piel en área media infra umbilical por planos llegamos a la cavidad abdominal donde se práctica histerotomía queda obteniendo a las 23:02 horas un óbito femenino de 2060 gramos y abundante meconio espeso.

**12.** Opinión Médica de 17 de mayo de 2016, que realizó un Perito Especialista en Ginecología-Obstetricia y Medicina Materno Fetal, del Colegio de la Profesión Médica de San Luis Potosí, quien concluye que las acciones y práctica médica realizada por personal médico del Hospital General de Matehuala, no se

efectuaron en forma adecuada, ya que V1 no recibió la atención médica ya que desde el control para recibir la atención prenatal nunca fue enviada a segundo o tercer nivel para recibir la atención según lo marca la Norma Oficial en los establecimientos para la atención médica se debe de disponer de la capacidad para detectar, registrar, asignar y manejar oportunamente el riesgo reproductivo obstétrico perinatal para cada embarazo el cual debe servir para planear y aplicar un plan de vigilancia y manejo de forma individual y con la intervención de los especialistas acordes a cada situación.

**12.1** La atención médica no fue realizada en forma oportuna ya que no se detectaron los factores de riesgo de ser madre hipertiroidea y tener cesárea previa no recibió la atención en el momento adecuado y no se tuvieron los resultados esperados se óbito el producto.

**12.2** La atención médica no fue completa ya que no intervinieron los especialistas acordes de esta situación y los establecimientos que brinden atención de urgencias obstétricas deben contar como marca la Norma 5.1.8 con espacios habilitados, personal especializado, calificado y/o debidamente capacitado para atender dichos urgencias equipo e instalaciones adecuadas, así como los insumos y medicamentos necesarios para su manejo, además de contar con servicio de transfusión sanguínea banco de sangre con hemocomponentes y laboratorio para procesamiento de muestras las 24 horas del día y todos los días del año.

**12.3** La atención médica no fue eficaz, ya que no se realizó en el momento adecuado la interrupción del embarazo y se obtuvo un producto obitado. No existe nota preoperatoria, cómo lo marca la NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico en apartado 8.5 la nota preoperatoria deberá elaborarla el cirujano que va a intervenir al paciente y deberá contener como mínimo: fecha de la cirugía, diagnóstico, plan quirúrgico, tipo de intervención quirúrgica, cuidados y plan terapéutico preoperatorios y pronóstico.

**13.** Oficio 2288/2016 de 24 de noviembre de 2016, suscrito por el Agente del Ministerio Público en el que informó que sobre los hechos se registró Carpeta de Investigación 1, iniciada en contra de personal médico del Hospital General de Matehuala en agravio de V1 por delitos contra la fidelidad profesional.

**14.** Acta circunstanciada de 27 de marzo de 2017, en la que personal de este Organismo hace constar entrevista con personal de la Agencia del Ministerio Público adscrito a la Unidad de Investigación y Litigación, quien informó que la Carpeta de Investigación 1, se encuentra en integración, en espera de dictamen médico de la Dirección de Servicios Periciales de la Procuraduría General de Justicia del Estado.

### **III.- SITUACIÓN JURÍDICA**

7

**15.** El 15 de noviembre de 2015, V1 acudió al Hospital General de Matehuala, San Luis Potosí por presentar dolor tipo obstétrico y flujo vaginal con motivo de su embarazo, que al ser valorada se ordenó la hospitalización obteniéndose producto óbito de V1.

**16.** La víctima manifestó que el 15 de noviembre de 2015, no recibió la atención médica adecuada porque el hospital no contaba con personal médico que le proporcionara una atención inmediata, indicó que al comentarle a la enfermera los síntomas que presentaba y que, al verificar la presión, estatura y peso del producto y las contracciones, le dijeron que su bebé todavía presentaba frecuencia cardiaca fetal. Que se a las 21:00 horas se le practicó una cesárea de la que se obtuvo producto óbito. En el certificado de muerte fetal de 15 de noviembre de 2015, se asentó que la causa de muerte fue por sufrimiento fetal agudo.

**17.** El 14 de diciembre de 2015, V1 denunció los hechos en la Agencia del Ministerio Público adscrito a la Unidad de Atención Temprana con sede en Matehuala, de la Procuraduría General de Justicia del Estado.



COMISIÓN ESTATAL DE  
DERECHOS HUMANOS  
SAN LUIS POTOSÍ

**18.** Cabe precisar que, a la fecha de elaboración de la presente recomendación, no se obtuvieron constancias de que se hubiera iniciado un procedimiento administrativo de investigación relacionado con los hechos en contra de los servidores públicos que atendieron el caso, para efectos de deslindar la responsabilidad en que pudieran haber incurrido, ni se comunicó a esta Comisión Estatal que se hayan realizado acciones sobre el pago de la reparación del daño.

#### **IV. OBSERVACIONES**

**19.** Del análisis lógico jurídico realizado al conjunto de evidencias que integran el expediente de queja 4VQU-205/2015, 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 atribuibles al Hospital General de Matehuala, San Luis Potosí, derivado de la inadecuada atención médica por falta de médicos especialistas, en atención a las siguientes consideraciones:

**20.** De los elementos de convicción que se recabaron en la investigación del presente asunto, se observó que el 15 de noviembre de 2015, V1 acudió al Hospital General de Matehuala al presentar dolor obstétrico en hipogastrio y sangrado con motivo de su embarazo, quien al ser atendida por personal de enfermería le tomó la presión, estatura y peso, y le indicó que esperara en el área de patología, porque no había doctor y después de transcurridos aproximadamente 20 minutos le hicieron la revisión.

**21.** En este sentido, la víctima manifestó que a las 19:00 horas del 15 de noviembre de 2015, acudió al Hospital General de Matehuala, donde el médico general que la atendió le realizó un tacto y le dijo que de traer de 4 a 5 centímetros de dilatación la dejaría, pero como presentaba 3 centímetros la regresaría a su casa, y que al informarle al doctor que presentaba sangrado y dolores muy fuertes, el médico ordenó a la enfermera que hiciera un registro y del resultado dependía si la dejaban internada o la regresaban a casa.



**22.** La víctima también precisó que el 15 de noviembre de 2015, a 19:00 horas, personal médico del Hospital General de Matehuala le colocaron una banda ancha en el vientre para verificar las contracciones y en ese momento un médico le preguntó a otro, que, si le habían hecho un ultrasonido, le contestó que no, porque no sabía mover el aparato. Enseguida trajeron el aparato para realizarle el ultrasonido y se dieron cuenta que a su bebe le faltaba oxígeno, y le dijeron harían todo lo posible por salvar a su hijo.

**23.** Del informe médico que rindió el Director del Hospital General de Matehuala, señaló que solicitó la interconsulta a médico especialista externo por no haber ginecólogo en el Hospital General. Que acudió un médico ginecólogo obstetra subrogado, quien consigna en el expediente nota a las 0:15 en el que señala que se le comunicó telefónicamente que el producto de embarazo de V1 presentaba sufrimientos fetal agudo por lo que acudió de inmediato, que al llegar encontró a V1 con un embarazo intrauterino de 36 semanas de gestación y frecuencia cardiaca fetal de 86 latidos por minuto, se le informó a V1 que practicaría una cesárea.

**24.** V1 precisó que autorizó la práctica de una cesárea de la que se obtuvo producto óbito femenino con peso de 2,016 gramos, que de acuerdo al certificado de muerte fetal su bebé fue afectado por sufrimiento fetal agudo.

**25.** De las evidencias recabadas se advirtió que V1 fue atendida por primera vez del 15 de noviembre de 2015, a las 19:12 horas, asentándose en historia clínica su padecimiento de hipertiroidismo, a las 20:30 horas es atendida por médico cirujano. A las 21:45 horas es revisada por segundo médico quien suministra oxígeno a V1, y ordenó la realización de una cesárea, asentándose en las indicaciones médicas del 16 de noviembre de 2015, que no se contaba con el servicio de ginecología.

**26.** Ahora bien, del Informe rendido por el Jefe de la Jurisdicción Sanitaria número II, resalta que V1, paciente femenino de 36 años de edad, quien recibió seguimiento de embarazo en el área de primer nivel en los Centros de Salud Vista

Hermosa y República del municipio de Matehuala, de este último fue referida al Hospital General de Matehuala el 12 de noviembre de 2015 con diagnóstico de Embarazo Intrauterino de 36.1 semanas de gestación con antecedentes de cesárea previa e hipertiroidismo por lo que se decide su referencia a Obstetricia de Segundo Nivel de Atención, de acuerdo con los lineamientos del sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes.

**27.** Es de tener en consideración que de la opinión médica que sobre el caso emitió un Perito Especialista en Ginecología-Obstetricia y Medicina Materno Fetal, del Colegio de la Profesión Médica del Estado de San Luis Potosí, concluyó que las acciones y práctica médica realizada por personal médico del Hospital General de Matehuala, no se efectuaron en forma adecuada, ya que V1 no recibió la atención médica que desde la atención prenatal nunca fue enviada a segundo o tercer nivel para recibir la atención según lo marca la Norma Oficial 5.1.13 en los establecimientos para la atención médica se debe de disponer de la capacidad para detectar, registrar, asignar y manejar oportunamente el riesgo reproductivo obstétrico perinatal para cada embarazo el cual debe servir para planear y aplicar un plan de vigilancia y manejo de forma individual y con la intervención de los especialistas acordes a cada situación.

10

**28.** En este sentido, en la citada opinión médica se subraya que la atención médica no fue realizada en forma oportuna ya que no se detectaron los factores de riesgo de ser madre hipertiroidea y tener cesárea previa no recibió la atención en el momento adecuado y no se tuvieron los resultados esperados se óbito el producto.

**29.** La atención médica no fue completa ya que no intervinieron los especialistas acordes de esta situación y los establecimientos que brinden atención de urgencias obstétricas deben contar como marca la Norma Oficial 5.1.8 con espacios habilitados, personal especializado, calificado y/o debidamente capacitado para atender dichos urgencias equipo e instalaciones adecuadas, así como los insumos y medicamentos necesarios para su manejo, además de contar con servicio de transfusión sanguínea banco de sangre con hemocomponentes y

laboratorio para procesamiento de muestras las 24 horas del día y todos los días del año.

**30.** Por lo anterior, se advierte que la práctica médica aplicada a V1 fue deficiente debido al inadecuado cumplimiento al no existir nota preoperatoria, cómo lo marca la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico en apartado 8.5 la nota preoperatoria deberá elaborarla el cirujano que va a intervenir al paciente y deberá contener como mínimo: fecha de la cirugía, diagnóstico, plan quirúrgico, tipo de intervención quirúrgica, cuidados y plan terapéutico preoperatorios y pronóstico.

**31.** En ese sentido, de acuerdo con la evidencia y la opinión médica que al respecto se recabó, quedó acreditado la relación causa efecto entre la inadecuada atención médica de V1, ya que la citada opinión médica señala que las múltiples omisiones en agravio de V1.

**32.** Otro aspecto a destacar es que se evidenció que el Hospital General de Matehuala, al momento de la atención de V1, no contó con los recursos como lo destaca la Opinión Médica que al respecto realizó el Colegio de la Profesión Médica del Estado.

**33.** 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.

**34.** De esta manera, el Estado debe tener un sistema capaz de proteger y velar por el restablecimiento de la salud, 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, lo que en el presente caso no ocurrió.

**35.** 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.

**36.** La Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales reconoce a la salud como un derecho humano 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.

**37.** 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.

**38.** En lo concerniente a la integración del expediente clínico, no se cumplió con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico, que en sus numerales 4.4, 4.6, 5.1 6.2 y 7.2 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, lo cual en el caso no sucedió.

**39.** 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.

**40.** 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.

**41.** 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.

**42.** 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.

**43.** 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 Perito Especialista en Ginecología y Obstetricia, y Medicina Materno Fetal, se advierte que la atención que se proporcionó a la víctima no fue la adecuada, oportuna y eficaz lo que tuvo como consecuencia el resultado de la muerte fetal, que las omisiones pudieron ser previsibles para la ciencia médica, por lo que se evidenció un caso de violencia obstétrica como lo señala el artículo 3, fracción IX, inciso b) de la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia en el Estado de San Luis Potosí.

**44.** Asimismo, la actuación del personal médico a cargo del cuidado y atención médica de V1, fue inadecuada ya que en su calidad de garantes de la salud omitieron brindarle la atención correspondiente, en términos de lo dispuesto por 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, los cuales 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.

**45.** En el caso, se dejaron de observar el contenido de los artículos 4, párrafos cuarto y octavo, 18, párrafo segundo, 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; 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 el derecho a la vida, 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.

**47.** Las conductas que desplegaron las autoridades responsables pueden ser constitutivas de responsabilidad administrativa, de conformidad con el artículo 56, fracción I, de la Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado y Municipios de San Luis Potosí, que establece que todo servidor público tendrá la obligación de cumplir con la máxima diligencia el servicio que le sea encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause la deficiencia de ese servicio o implique abuso o ejercicio indebido de un empleo, cargo o comisión.

**48.** 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.

**49.** 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 Víctimas para el Estado de San Luis Potosí, al acreditarse violaciones a los derechos humanos en agravio de V1, se deberá inscribir en el Registro Estatal a cargo de la Comisión Ejecutiva Estatal de Atención a Víctimas.

**50.** 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, especialmente sobre la Atención de la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del expediente clínico.

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

## V. RECOMENDACIONES

16

**PRIMERA.** Gire las instrucciones a quien corresponda, a efecto de que se repare el daño ocasionado a V1, que incluya la atención médica y psicológica que requiera, con motivo de la responsabilidad institucional en que incurrió el personal del Hospital General de Matehuala, y envíe a esta Comisión las constancias de cumplimiento.

**SEGUNDA.** Colabore ampliamente con este Organismo Estatal, en el seguimiento e inscripción de V1 en el Registro Estatal de Víctimas, previsto en la Ley de Víctimas para el Estado de San Luis Potosí, a efecto de que tenga acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral que establece la Ley Estatal de Víctimas y proporcione la información que se le solicite y tenga a su alcance.

**TERCERA.** Colabore en el procedimiento administrativo de investigación que se inicie con motivo de la vista que realice este Organismo en contra de los servidores públicos relacionados con los hechos de la presente Recomendación, respecto en la atención médica de V1, por las omisiones en la observancia de las Normas Oficiales Mexicanas y Guías de Práctica Clínica, colaborando de manera efectiva para proporcionar la información que se le requiera y tenga a su disposición.



**CUARTA.** Gire sus instrucciones, a efecto de que, en el Hospital General de Matehuala, se cuente con personal especializado en ginecología, así como personal capacitado en el uso de ultrasonido, y envíe a esta Comisión las constancias de cumplimiento.

**QUINTA.** Instruya a quien corresponda para que los servidores públicos del Hospital General de Matehuala adopten medidas efectivas de prevención que permitan garantizar que los expedientes clínicos que se generen con motivo de la atención médica que brindan, se encuentren debidamente integrados conforme a lo establecido en la legislación nacional e internacional, así como en la Norma Oficial Mexicana correspondiente, y se remitan las constancias de cumplimiento.

**SEXTA.** Gire sus instrucciones para que se imparta a los servidores públicos del Hospital General de Matehuala y de los Centros de Salud de ese municipio, un Programa de 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, sobre el expediente clínico y Atención a la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio, específicamente en la canalización oportuna de pacientes que requieren seguimiento médico en hospitales de segundo y tercer nivel de atención, y tratamiento de pacientes con hipertiroidismo en el embarazo, parto y puerperio, y envíe a esta Comisión las constancias que acrediten su cumplimiento.

**52.** 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.

**53.** 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



COMISIÓN ESTATAL DE  
DERECHOS HUMANOS  
SAN LUIS POTOSÍ

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.

**54.** 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**