



RECOMENDACIÓN No. 07/2016

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

San Luis Potosí, S.L.P, 14 de abril de 2016.

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

Distinguida Doctora Rangel Martínez:

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 2VQU-051/2014, 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 XV y XX 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 adjunto en que se describe el significado de las claves utilizadas, con el compromiso de que dicte las medidas de protección correspondientes, y visto los siguientes:

I. HECHOS

3. Este Organismo Estatal inició la investigación por posibles violaciones a los derechos humanos de V1, atribuibles a personal médico del Hospital General de Ciudad Valles, San Luis Potosí, en relación a la atención médica que derivó en su fallecimiento.

4. El 5 de marzo de 2014 a las 06:00 horas, V1 acudió al Hospital General de Ciudad Valles al presentar dolores inherentes de trabajo de parto, y a las 09:25 horas obtuvo recién nacida sin ninguna complicación, y previa autorización, a las 15:00 horas se le practicó una cirugía como método de anticoncepción. No obstante el 6 de marzo de 2014 V1 fue intervenida de urgencia al presentar complicaciones y el 8 de marzo de ese año se declara su fallecimiento a causa de choque hipovolémico e insuficiencia renal aguda.

5. Q2, madre de V1, manifestó que por estos hechos, presentó denuncia penal en la Agencia del Ministerio Público del Fuero Común Investigador, adscrito a la Subprocuraduría Regional de Justicia para Huasteca Norte, sede en Ciudad Valles, San Luis Potosí.

6. Para la investigación de la queja, se radicó el expediente 2VQU-051/2014, dentro del cual se recopilaron datos y documentos relacionados con los hechos, se solicitó información a la autoridad señalada como responsables, se entrevistó a la quejosa, se recabó expediente clínico, opinión médica y copias certificadas de constancias de la Causa Penal 1, cuya valoración es objeto de análisis en el capítulo de Observaciones de la presente.

II. EVIDENCIAS

7. Queja que presentó Q1, de 11 de marzo de 2014, en la que denunció presuntas violaciones a los derechos humanos de V1, atribuibles a personal médico del Hospital General de Ciudad Valles, San Luis Potosí, por la inadecuada prestación médica que derivó en el fallecimiento de V1.

8. Nota periodística que se publicó el 10 de marzo de 2014 en la edición impresa del medio de comunicación denominado Huasteca Hoy, en cuyo texto de la nota se advierte que una mujer falleció tras dar a luz en el Hospital General de Ciudad Valles, ya que al parecer se desangró. La nota es visible en la página 2, sección Regionales.

9. Entrevista con Q2, madre de V1, que consta en acta circunstanciada de 12 de marzo de 2014, elaborado por personal de este Organismo Estatal, quien manifestó que el 6 de marzo, T1 le informó que su hija se encontraba hospitalizada de gravedad en el Hospital General de Ciudad Valles, que al acudir al nosocomio, observó que se encontraba en el área de cuidados intensivos y los médicos informaron que no se podía controlar una hemorragia que presentó y como consecuencia de ello, V1 falleció. Que formuló denuncia en la Agencia del Ministerio Público del Fuero Común Investigador. Que erogó la cantidad de \$12,500 (Doce mil quinientos pesos 00/100 MN) por concepto de gastos funerarios. A su queja, acompañó lo siguiente:

9.1 Acta de defunción, de 10 de marzo de 2014, suscrita por el Oficial Cuarto del Registro Civil en el Estado con residencia en Ciudad Valles, San Luis Potosí, en la que asentó que V1 falleció a las 15:06 horas del 8 de marzo de 2014, a causa de choque hipovolémico, insuficiencia renal aguda y puerperio fisiológico.

10. Entrevista de T1, testigo, que consta en acta circunstanciada de 25 de marzo de 2014, que elaboró personal de esta Comisión Estatal, quien manifestó que el 6 de marzo de 2014, acudió al Hospital General de Ciudad Valles, y una doctora le

informó que V1 se había puesto grave el día anterior, por lo que ingresó a quirófano dándose cuenta que presentaba desgarre en las trompas de falopio. A su comparecencia anexó orden de servicio y presupuestos, de 8 de marzo de 2014, a nombre de Q3, tío de V1, expedida por una agencia de inhumaciones con domicilio en Ciudad Valles, San Luis Potosí, relacionado con los servicios proporcionados por el deceso de V1.

11. Oficio 2830, de 16 de abril de 2014, signado por la Directora del Hospital General de Ciudad Valles, San Luis Potosí, a través del cual rinde informe de los hechos relacionada con la queja presentada por Q1, al que acompañó:

11.1 Nota Informativa, donde se señala que V1 ingresó el 5 de marzo de 2014 con dolor obstétrico; fue atendida de parto eutócico a las 09:25 horas, obteniéndose recién nacido de 3,450 gramos. A las 15:00 horas; previa solicitud de V1, un médico ginecólogo realizó Oclusión Tubaria Bilateral (OTB) conocida como Salpingoclasia, sin complicaciones, y V1 pasó a bajo riesgo. El 6 de marzo, no se encontraba ningún familiar responsable de V1, y al presentar complicaciones la médico de guardia procedió a realizar cirugía.

4

11.2 Relación de personal médico y de enfermería que atendieron a V1, en los que se destaca a AR1, médico ginecóloga obstetra, AR2, enfermera y AR3, supervisora de enfermería.

12. Copia del Expediente Clínico que se integró a V1, en el Hospital General de Ciudad Valles, San Luis Potosí, respecto de la atención médica que recibió VI, de cuyas constancias destaca lo siguiente:

12.1 Hoja de hospitalización, de 5 de marzo de 2014, en la que se asentó que V1 fue atendida al presentar puerperio fisiológico de embarazo de 39.4 semanas de gestación, obteniéndose producto nacido vivo de 3,540 gramos.

12.2 Hoja de intervención quirúrgica, de 5 de marzo de 2014 en el que un médico ginecólogo asentó que realizó a V1, una salpingoclasia bilateral (SCB), con pronóstico bueno, que al finalizar no detectó accidentes.

12.3 Nota de intervención quirúrgica de 5 de marzo de 2014 en la que AR1, ginecóloga anotó que a las 23:10 horas, V1 refirió dolor en sitio de herida quirúrgica, que realizó revisión de la hemostasia y reparación de herida. Que a las 23:35 V1 inició con sangrado por herida quirúrgica en el área, siendo de bajo riesgo por lo que solicitó su envío al Módulo Mater para su exploración, al revisarla encontró sangrado moderado y activo por herida quirúrgica periumbilical la cual no fue saturada hasta la piel solo con puntos superficiales sobre tejido celular subcutáneo. Que infiltró por planos y retiró puntos, encontró dehiscencia que abarcó tejido celular sin llegar a cavidad abdominal; que localizó vaso sangrante y realizó hemostasia del mismo y posteriormente afrontamiento de bordes hasta la piel de manera habitual; saturó, verificó hemostasia y concluyó sin complicaciones, luego paso a V1 estable y consciente, a sala de recuperación. Indicó medicamento, vigilar sangrado, reportar eventualidades, con pronóstico reservado a evolución.

5

12.4 Hoja de registros clínicos e intervenciones de enfermería, de 5 de marzo de 2014, en la que se hace constar que se atendió a V1 a las 12:05 horas, 18:00 horas y 24:00 horas, respectivamente. Que a las 21:20 horas inició con sangrado de herida quirúrgica por lo que se pasó a la sala de expulsión para reparación de herida, sin complicaciones, se suministró ketorolaco por indicación médica. Se realizó exploración a cavidad vaginal sin detectar coágulos ni sangrado intenso, con buena evolución uterina. Se le avisó a médico que V1 presentó mucho dolor y no se calmó con el analgésico.

12.5 Nota médica pre-quirúrgica, de 6 de marzo de 2014 suscrita por personal médico en la que anotó que a las 08:20 horas se reportó como diagnóstico de V1; choque hipovolémico IV, abdomen agudo, oclusión tubaria. Que a las 00:00 horas se reparó herida quirúrgica.

12.6 Nota médica, de 6 de marzo de 2014, realizada a las 08:20 horas por médico ginecóloga, en la que asentó que V1 presentó choque hipovolémico más Oclusión Tubaria Bilateral, recibió paciente chocada, en malas condiciones; Jefe de Ginecología anotó que se realizó ultrasonido y se pasó a exploración en turno nocturno por ginecóloga de guardia, asentando que de la referida atención del turno nocturno no encontró nota médica en el expediente.

12.7 Ultrasonido abdominal de 6 de marzo de 2014, que se realizó a V1 por un médico radiólogo en la que anotó que se observó vejiga en aspecto normal, liquido abundante en todos los espacios intrabdominales.

12.8 Nota médica post-quirúrgica, realizada a las 10:25 horas de 6 de marzo de 2014, por personal médico quien reportó que realizó a V1, laparotomía, salpingectomía bilateral que consiste en una extracción o extirpación completa de ambas trompas o salpinges, lavado de cavidad, drenaje de hematoma, egresando con diagnóstico post-operatorio de choque hipovolémico IV, desgarro bilateral de salpinges y hematoma de sitio quirúrgico.

6

12.9 Nota médica, de 6 de marzo de 2014, que elaboró una ginecóloga en la que señaló que a las 12:00 horas, V1 se encontraba grave, con apoyo ventilatorio, pronóstico reservado, probable coagulación extravascular diseminada y edema agudo de pulmón.

12.10 Nota médica de 6 de marzo de 2014, en la que personal médico asentó que a las 13:00 horas, V1 ingresó a unidad de cuidados intensivos, procedente de cirugía, en malas condiciones generales, y solicitó paquetes globulares.

12.11 Nota de evolución de unidad de Terapia Intensiva, turno vespertino, de 6 de marzo de 2014, realizado a las 13:30 horas, en la que personal médico asentó que V1 se encontraba grave, con probabilidades de complicaciones, de pronóstico reservado para la vida y con los siguientes diagnósticos: puerperio fisiológico; Oclusión Tubaria Bilateral (OBT); choque hipovolémico grado IV; hemoperitoneo;

coagulación extravascular diseminada (CID) y acidosis metabólica severa secundaria a DX3.

12.12 Nota médica, de 6 de marzo de 2014, que elaboró personal médico a las 16:30 horas en la que asentó que V1 presentó choque hipovolémico secundario a desgarre de salpingoclasia, actualmente en malas condiciones generales.

12.13 Nota de evolución complementaria de turno vespertino de 6 de marzo de 2014, en la que personal médico asentó que solicitó valoración a Gineco, obstetra del turno vespertino para valorar aspecto obstétrico de V1, la que continúa grave a pesar de haberse logrado estabilización, que se realizó transfusión sanguínea ante la evidencia y persistencia del sangrado.

12.14 Nota médica, de 7 de marzo de 2014, elaborada por personal médico a las 09:30 horas en la que asentó que V1 presentó choque hipovolémico, coagulación extravascular diseminada (CID) más puerperio, que el estado era grave y contaba con apoyo ventilatorio.

12.15 Nota médica, de 7 de marzo de 2014, que realizó personal médico a las 12:10 horas, donde se asentó que V1 no presentaba hemorragias activas, la cual cedió en los puntos de sutura, pronóstico reservado a la evolución.

12.16 Nota médica nocturna de evolución, de 7 de marzo de 2014, que elaboró personal médico a las 02:15 horas, en la que se reportó que V1 presentó sangrado por cavidad oral, pérdidas mínimas transvaginales, y que en ese momento no se disponía de plaquetas.

12.17 Nota médica de urgencias, de 8 de marzo de 2014, que elaboró personal médico a las 10:30 horas, en la que asentó que V1 presentó síndrome de insuficiencia respiratoria progresiva. Que se registró persistencia de choque con incremento de la infusión de noradrenalina, instalación de dopamina, cargas de coloides, en forma súbita presenta hemorragia pulmonar importante, con deterioro

de sus condiciones generales desde las 14:00 horas, con desaturación importante, palidez extrema; posteriormente hadricardia, se reanima con masaje, atropina, y adrenalina, sin que revertiera paro cardiorespiratorio se da por finalizada la maniobra, y se declara fallecimiento a las 15:08 horas.

12.18 Certificado de defunción con folio 140670060, de 8 de marzo de 2014, expedido por la Secretaria de Salud, en el que se asentó que V1 falleció a causa de coagulación intramuscular diseminada, hígado graso del embarazo y puerperio fisiológico, en las primeras dos causas, con un intervalo de 2 días entre el inicio de la enfermedad y muerte.

13. Informe médico, signado por AR3, supervisora del servicio de enfermería, en el que informó que a las 22:00 horas del 5 de marzo de 2014, acudió a la sala de ginecológica de bajo riesgo, que AR2, enfermera le informó que V1, estaba sangrando en una pequeña cantidad y que lo comunicó a AR1, ginecóloga que la atendió. Que a las 01:30 horas V1 refirió un poco de dolor, y que la enfermera le suministró analgésico, que a las 04:00 horas realizó último recorrido y la encontró dormida.

14. Informe médico, de 2 de abril de 2014, signado por AR2, enfermera, donde indica que el 5 de marzo de 2014, ingresó a su servicio a las 20:15 horas, y encontró a V1 con sangrado transvaginal leve y nulo en la herida quirúrgica, que cuando la víctima terminó su cena corroboró que presentó sangrado de la herida quirúrgica por lo que retiró apósito y realizó presión en la herida. Que a las 21:30 horas avisó a AR1. Que a las 22:00 horas informó a AR3, supervisora de enfermería, la situación de V1, quien después de una hora le pide que la pase al Módulo Mater. Que a las 01:00 horas del 6 de marzo, se reporta estable pero refiere dolor. Que a las 06:10 horas le administró medicamento y observó que se encuentra diaforética, y le refirió que presentaba dolor y apetito. Que la ginecóloga de turno matutino le indicó analgésico.

15. Informe médico, de 8 de abril de 2014, que suscribió un médico internista del Hospital General de Ciudad Valles, en el que informó que el 6 de marzo de ese año, al valorar a V1, se percató que en el expediente clínico no encontró alguna evidencia de la nota médica de revisión que se realizó en el turno nocturno del 5 de marzo, tampoco encontró nota por parte del servicio de ginecología, que la última fueron registrada a las 18:00 horas del 5 de marzo y la subsecuente hasta las 08:20 horas del 6 de marzo, que entre esas dos notas no localizó ninguna otra dentro del expediente, que al revisar a V1 la encontró muy grave, por lo que solicitó la valoración obstétrica y atención del servicio de neurocirugía.

16. Informe médico, de 9 de abril de 2014, en el que un médico ginecólogo del Hospital General de Ciudad Valles, informó que el 5 de marzo de 2014 a las 18:00 horas realizó intervención quirúrgica a V1, consistente en oclusión tubaria bilateral, una hora después revisó la herida y la víctima manifestó que todo estaba bien.

9

17. Informe médico, de 13 de abril de 2014, suscrito por una médico ginecóloga del Hospital General de Ciudad Valles, quien precisó que a las 08:00 horas del 6 de marzo de 2014, al llegar a su servicio se le dijo que V1 presentaba choque hipovolémico y abdomen agudo. Que al realizar laparotomía exploradora urgente encontró hemoperitoneo de aproximadamente 1,200 mililitros, desgarro de salpínge en forma bilateral pequeños, en sitio de sutura.

18. Informe médico, de 14 de abril de 2014, mediante el cual AR1, ginecóloga, señaló que el 5 de marzo de 2014, a las 23:00 horas, la supervisora del turno, le informó que V1 presentaba sangrado activo de escaso a moderado en el sitio de herida quirúrgica, por lo que solicitó su envío a sala de labor, donde constató sangrado activo. Que encontró herida quirúrgica periumbilical no saturada hasta la piel, únicamente hasta tejido celular subcutáneo con puntos superficiales flojos, dehiscentes; que aplicó anestesia local para explorar y localizar vaso sangrante; encontró dehiscencia de herida que abarcaba tejido celular subcutáneo y no llegaba a cavidad abdominal, al localizar vaso sangrante realizó sutura subdérmica previa verificación de la hemostasia y concluyó acto quirúrgico sin complicaciones.

A las 23:55 horas, da indicaciones de medicamento y vigilancia de sangrado, posteriormente ya no se le reportó ninguna eventualidad.

19. Acta circunstanciada de 28 de mayo de 2014, en la que personal de este Organismo Estatal hizo constar la entrevista con el Agente del Ministerio Público del Fuero Común Investigador, Mesa I de la Subprocuraduría Regional de Justicia para la Huasteca Norte, quien informó que la Averiguación Previa 1, se encontraba en integración.

20. Acta circunstanciada de 14 de agosto de 2014, en la que personal de este Organismo hizo constar entrevista con la Agente del Ministerio Público a cargo de la Averiguación Previa 1, quien informó el estado de las investigaciones a Q2, quien manifestó su conformidad para la solicitud de dictamen a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

10

21. Oficio 2002/2014, de 28 de octubre de 2014, signado por la Agente del Ministerio Público del Fuero Común Investigador, Mesa I, de la Subprocuraduría Regional de Justicia para la Huasteca Norte, quien informó que la Averiguación Previa 1, fue consignada ante el Juez Tercero Mixto de Primera Instancia con sede en Ciudad Valles, San Luis Potosí.

22. Acta circunstanciada de 24 de febrero de 2015, en la que personal de este Organismo hizo constar comparecencia de T1, quien manifestó que el Agente del Ministerio Público adscrito al Juzgado Tercero Mixto, le informó que interpuso recurso de apelación ante la negativa de librar orden de aprehensión en contra de AR1, ginecóloga, AR2 enfermera y AR3 supervisora de enfermera del Hospital General de Ciudad Valles.

23. Opinión Médica de 23 de mayo de 2015, que realizó un Perito Especialista del Colegio de la Profesión Médica del Estado de San Luis Potosí, donde concluye que la práctica médica aplicada a V1, no fue adecuada, oportuna, completa ni eficaz ya que se realizó un diagnóstico tardío, que si bien la hemorragia posterior

a una intervención quirúrgica es una complicación que se puede presentar esporádicamente, la institución debe tener la capacidad de resolverla en forma oportuna y eficaz.

23.1 La opinión médica señala que el acto quirúrgico es responsabilidad del cirujano y si la organización de la Institución permite que los médicos de los siguiente turnos continúen con la vigilancia, se deberían detectar las complicaciones en forma oportuna y eficaz para poder revertir las complicaciones, en el caso se detectó estado de choque después de horas, faltó vigilancia de parte de enfermería y médicos. Que las omisiones diagnóstico oportuno y manejo eficaz si eran previsibles al tener personal capacitado y suficiente.

23.2 La opinión también señala que la reducción de la mortalidad materna, requiere del acceso a Centros de atención con medicamentos, Banco de Sangre funcional, recursos humanos de calidad, recursos materiales, así como la conformación de equipos de trabajo en los centros de atención, capacitarlos y motivarlos para que aborden la hemorragia postparto con una guía basada en evidencias, sobre la seguridad, calidad y utilidad de las alternativas de intervención.

11

24. Copias certificadas de la Averiguación Judicial 1, de 6 de octubre de 2015, del índice del Juzgado Primero Penal del Sexto Distrito Judicial del Estado, con sede en Ciudad Valles, San Luis Potosí, de cuyas constancias destaca:

24.1 Declaración ministerial de 29 de septiembre de 2014, rendida por médico ginecológico ante la Agente del Ministerio Público quien manifestó que de la intervención quirúrgica salpingoclasia que realizó a V1, reportó que no hubo accidentes, no se registró sangrado de los muñones de las trompas de falopio, ni hubo sangrado de la herida quirúrgica o alguna lesión de un órgano interno, que V1 pasó a recuperación, que el tiempo de la intervención quirúrgica fue de siete minutos, que la médico del turno matutino describió en nota médica que encontró

desgarro en ambas salpinges; sin embargo, del estudio histopatológico se obtuvo salpinges sin alteraciones.

24.2 Precisó también que de acuerdo a la intervención de AR1, ginecóloga, todo médico al iniciar su turno tiene la obligación de pasar visita, en donde se revisa a cada paciente internada en cada una de las salas, acompañada de enfermera en turno y médico interno de guardia, después se elabora nota médica de indicaciones, lo que no consta en expediente clínico, que existió una desatención total personal de turno nocturno del área de ginecología que no detectaron la aparición paulatina de choque hipovolémico.

24.3 Asimismo, agregó que a las 21:20 horas del 5 de marzo de 2014, AR2 reportó que V1 inició con sangrado y dolor en herida quirúrgica, que AR1 la revisó a las 23:00 horas sin cumplir las normas establecidas, toma de signos vitales, ordenar exámenes de laboratorio de sangre, no realizó ultrasonido a pesar de tener un aparato en la sala de labor, no revisó clínicamente a la paciente, ya que pudo haberse dado cuenta que requería laparotomía de urgencia y verificar directamente los puntos de sangrado causantes de la hemorragia y corregirlos en tiempo y forma y no la supuesta reparación de la herida quirúrgica y un vaso sangrante que ella reportó.

24.4 Dictamen de necropsia de 8 de marzo de 2014, signado por médico perito de la Procuraduría General de Justicia del Estado, en el concluyó que V1 falleció a consecuencia de choque hipovolémico, insuficiencia renal aguda y puerperio fisiológico.

24.5 Oficio 5593/2014, de 30 de mayo de 2014, signado por médico legista del servicio de medicina forense de la Procuraduría General de Justicia del Estado, en el que emitió dictamen médico de la atención que fue proporcionada a V1, en el Hospital General de Ciudad Valles que como resultado del estudio histopatológico, no existió hígado graso agudo al embarazo; que del estudio de necropsia, histopatológico, ni del resultado de las trompas obtenidas por salpingectomía en el

Hospital General de Valles, se registra el estado o daño presentado por las salpinges. Que la causa básica del fallecimiento de V1 fue el desgarro bilateral de la salpinges causado por una deficiente técnica quirúrgica supuesta por carecer de la descripción que la llevó a presentar hemoperitoneo que fue causa del choque hipovolémico grado IV, que dio lugar a la coagulación intravenosa diseminada que originó una falla multiorgánica que culminó en la defunción de V1. Que existió mala práctica médica deducida de la existencia de negligencia, impericia, imprudencia e inobservancia de las normas oficiales en la atención de la víctima.

24.6 Además en el dictamen se precisa que la esterilización femenina es susceptible a las complicaciones generales de toda intervención, además existe la posibilidad de que se presenten desgarros y hematomas, las cuales son poco frecuentes y varían según la vía de abordaje, las técnicas de oclusión tubaria y características de la paciente. Que estas se presentan cuando se practica la cirugía inmediatamente luego de un embarazo, cuando los tejidos están endematizados y con una alta vascularización. Debido a que durante la ligadura de las trompas se practica también la ligadura de la arteria tubo-ovárica, es posible que en el postoperatorio inmediato ocurra hemorragia interna por fuga de la sutura.

24.7 Que de la atención concluye que V1 fue atendida de parto normal, realización de salpingoclasia bilateral sin descripción de la técnica quirúrgica utilizada, ocurrencia de desgarros bilaterales de salpinges, desarrollo de hemoperitoneo, que es la acumulación de sangre por los desgarros dentro de la cavidad abdominal, valoración deficiente por la médico ginecóloga del turno vespertino que la somete a reparación de sangrado en el sitio de herida quirúrgica, desatención del personal que no detectó la aparición paulatina del choque hipovolémico grado IV, que se instaló a lo largo de la noche, pese a que V1 presentaba evolución tórpida, no se le ofreció la atención quirúrgica adecuada inmediata que era necesaria. En efecto existió dilación en la decisión de reintervenirla quirúrgicamente en forma adecuada, ya que era evidente que tenía datos de

hipovolemia que no cedió ante el manejo quirúrgico realizado que consistió en la ligadura de un vaso sangrante en el sitio de la herida quirúrgica, presentando además distensión abdominal y deterioro en su estado de salud, se presentaron datos francos de choque hipovolémico que indicaba la urgente necesidad de manejo quirúrgico y el cual evolucionó en forma esperada a una coagulopatía por consumo y finalmente al síndrome de coagulación intravascular diseminada mortal.

24.8 Oficio 1116/2014, de 26 de septiembre de 2014, por el cual el médico Coordinador de Servicios Periciales Criminalística y Medicina forense de la Zona Huasteca Norte informó que de acuerdo con el certificado de defunción 140670060, V1 falleció a causa de coagulación intravascular diseminada, hígado graso del embarazo, puerperio fisiológico, el cual es cancelado al existir denuncia, correspondiente al proceso de necropsia y de los resultados histopatológicos se desprende que el resultado definitivo del fallecimiento fue Atonía Uterina con ectasia venosa, que es la dilatación de conductos venosos.

14

24.9 Oficio 1084/2014, de 2 de octubre de 2014, signado por un perito médico Coordinador de Servicios Periciales Criminalística y Medicina Forense de la Zona Huasteca Norte, en el que señaló que con relación al lenguaje no técnico del Dictamen de Patología; se estudian dos fragmentos de salpinges, lo que se refiere a las Trompas Uterinas o Salpinges; en cuanto a solución de continuidad (ruptura), significa interrupción, falta de continuidad o pérdida de continuidad refiriéndose a piel o heridas, lo que quiere decir que hubo una ruptura quirúrgica; y necrosis focal, es la degeneración de un tejido por la muerte de sus células de forma irreversible, lo que puede producirse por un traumatismo o una isquemia cuando el aporte de sangre al tejido no resulta suficiente, por lo que se dictamina que en el evento quirúrgico se lesionó la salpinges y provocó una necrosis focal.

24.10 Oficio 1117/2014, de 4 de octubre de 2014, signado por un perito médico de Servicios Periciales Criminalística y Medicina forense de la Zona Huasteca Norte, en el cual informó que el fallecimiento de V1 pudo haber sido previsible, que las

técnicas y procedimientos que se debieron aplicar previo al momento en que se detectó que estaba sangrando de la herida quirúrgica, debió realizarse una laparotomía exploratoria urgente o una histerectomía, de no ser así trajo como consecuencia el shock hipovolémico grado IV, y la muerte, ya que la causa fue dilatación de conductos venosos lo cual significa que el útero no involuciona a estado normal, por lo que trae como consecuencia el sangrado.

25. Acta circunstanciada de 15 de febrero de 2016, en la que personal de este Organismo hizo constar la consulta y revisión de la Causa Penal 1, del índice del Juzgado Primero Penal del Primera Instancia del Sexto Distrito Judicial del Estado con sede en Ciudad Valles, de la que se advierte lo siguiente:

25.1 Auto de formal prisión de 17 de diciembre de 2015, dictado en contra de AR1, por su probable participación en la comisión del delito de homicidio por culpa, cometido en agravio de V1.

15

25.2 Auto de formal prisión de 24 de diciembre de 2015, dictado en contra de AR3, por su probable participación en la comisión del delito de homicidio por culpa, cometido en agravio de V1.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

26. El 5 de marzo de 2014, a las 18:00 horas V1 fue intervenida en el Hospital General de Ciudad Valles, San Luis Potosí, por un médico Gineco-obstetra que le realizó Oclusión Tubaria Bilateral conocida como salpingoclasia, método de anticoncepción permanente, quien la autorizó al encontrarse internada al haber dado alumbramiento a su hijo.

27. A las 21:20 horas, del 5 de marzo de 2014, AR2 enfermera y AR3 supervisora de enfermería del Hospital General de Ciudad Valles, reportaron que V1 inició con sangrado en herida quirúrgica y a las 23:35 horas, AR1 ginecóloga del turno nocturno asentó en nota médica que realizó reparación de herida e indicó

vigilancia de sangrado. A las 08:20 horas del 6 de marzo de 2014, V1 fue valorada por una ginecóloga del turno matutino, quien la encontró con choque hipovolémico, por lo que fue intervenida de urgencia realizándole una laparotomía, salpingectomía bilateral, lavado de cavidad y drenaje de hematoma.

28. Que el diagnóstico post-operatorio de V1, fue choque hipovolémico IV, desgarro bilateral de salpinges y hematoma de sitio quirúrgico, por lo que fue referida a la unidad de cuidados intensivos, en estado grave con apoyo ventilatorio, quien requirió transfusiones sanguíneas; sin embargo, falleció a las 15:08 horas del 8 de marzo de 2014, asentándose en el certificado de defunción que fue a causa de coagulación intramuscular diseminada, hígado graso del embarazo u puerperio fisiológico.

29. Del resultado de la necropsia que se practicó a V1, se concluyó que la causa del deceso fue choque hipovolémico, insuficiencia renal aguda y puerperio fisiológico y del estudio histopatológico se obtuvo como resultado definitivo que la causa del fallecimiento fue Atonía Uterina de la Ectacia Venosa, es decir dilatación de conductos venosos, lo que significa que el útero no involucionó a estado normal por lo que trae como consecuencia el sangrado.

30. El 9 de octubre de 2014, la Agente del Ministerio Público del Fuero Común Investigador, Mesa Uno, adscrita a la Subprocuraduría Regional de Justicia para la Huasteca Norte con sede en Ciudad Valles, ejerció acción penal en contra de AR1, AR2 y AR3 siendo registrada en el índice del Juzgado Tercero Mixto con sede en Ciudad Valles.

31. El 25 de septiembre de 2015, se resolvió el Toca Penal 1, en el que se ordenó girar orden de aprensión en contra de AR1, AR2 y AR3, por el delito de homicidio por culpa en agravio de V1, registrada en el índice del Juzgado Primero Penal de Primera Instancia con sede en Ciudad Valles, quien dictó auto de formal prisión en contra de AR1 y AR3, dentro de la Causa Penal 1.

32. 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

33. 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.

17

34. 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.

35. 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.

36. Del análisis lógico jurídico realizado al conjunto de evidencias que integran el expediente de queja 2VQU-051/2014, 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 a personal médico del Hospital General de Ciudad Valles, derivado de la inadecuada atención médica que tuvo como consecuencia su fallecimiento, así como por la integración irregular del expediente clínico que se integró a la víctima.

37. De las evidencias que al respecto se recabaron se observó que el 5 de marzo de 2014 a las 18:00 horas se le practicó a V1 una cirugía de oclusión tubaria bilateral conocida como salpingoclasia, que a las 21:20 horas se reportó que comenzó con sangrado en la herida quirúrgica por lo que se le realizó reparación, y a las 08:20 horas fue encontrada en estado de choque hipovolémico IV, registrándose su deceso el 8 de marzo de 2014. La necropsia refiere choque hipovolémico, insuficiencia renal aguda y puerperio fisiológico. El estudio histopatológico concluyó que la causa de la muerte fue por ectasia venosa, lo cual significa que el útero no involucionó a su estado normal.

38. Es importante precisar que la Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, De los Servicios de Planificación Familiar, define la Oclusión Tubaria Bilateral (Salpingoclasia), como un método anticonceptivo permanente para la Mujer, que consiste en la oclusión tubaria bilateral de las trompas uterinas, con el fin de evitar la fertilización. Que no se conocen efectos colaterales asociados directamente al método, ocasionalmente pueden presentarse problemas asociados al procedimiento anestésico o quirúrgico, como hemorragia o infección.

39. En este contexto, en la opinión emitida por médico especialista del Colegio de la Profesión Médica del Estado de San Luis Potosí, se señala que la hemorragia materna ha sido la causa del 22.3% de las muertes maternas en los últimos años y ha ocupado el segundo lugar nacional por debajo de la preclampsia-eclampsia.

40. La hemorragia postparto es definida por la Organización Mundial de la Salud como la pérdida sanguínea de 500 ml o más dentro de las 24 horas o más después del nacimiento, que se presenta con modificación de signos vitales, hipotensión, taquicardia, palidez, obnubilación, en el choque hemorrágico clase IV pérdida sanguínea mayor a 2,000 mililitros y pérdida de más del 40% del volumen, así como pulso de 140 latidos por minuto.

41. Que con un sangrado continuo la hipoperfusión de los tejidos genera un metabolismo anaerobio y acidosis metabólica, que las pacientes muestran taquicardia marcada, taquipnea con falla respiratoria, oliguria o anuria, o pérdida del estado de conciencia. La muerte celular en diversos órganos desemboca en la falla orgánica múltiple, lo que da como resultado el estado de choque irreversible, con una mortalidad en estos casos mayor del 30%.

19

42. Además, en el dictamen emitido por perito de la Procuraduría General de Justicia del Estado se señaló que la esterilización femenina es susceptible a las complicaciones generales de toda intervención, además existe la posibilidad de que se presenten desgarros y hematomas, las cuales son poco frecuentes y varían según la vía de abordaje, las técnicas de oclusión tubaria y características de la paciente. Que estas se presentan cuando se practica la cirugía inmediatamente luego de un embarazo, cuando los tejidos están endematizados y con una alta vascularización. Debido a que durante la ligadura de las trompas se practica también la ligadura de la arteria tubo-ovárica, es posible que en el postoperatorio inmediato ocurra hemorragia interna por fuga de la sutura.

43. Con relación a los hechos de queja, Q1 manifestó que el 5 de marzo de 2014, V1, acudió al Hospital General de Ciudad Valles, San Luis Potosí, donde dio a luz, como método de planificación permanente autorizó la realización de una cirugía denominada salpingoclasia, y al día siguiente, 6 de marzo, se le informó que la víctima fue intervenida de urgencia al presentar estado de choque hipovolémico.

44. Del informe que rindió la Directora del Hospital General de Ciudad Valles, señaló que V1 fue atendida en ese nosocomio del 5 al 8 de marzo de 2014, que ingresó con motivo de su embarazo absteniéndose producto vivo sin complicaciones, que posteriormente se le realizó la salpingoclasia sin registro de eventualidades y se canalizó a sala de bajo riesgo; sin embargo, el 6 de marzo de 2014, la ginecóloga del turno matutino realizó de urgencia una laparotomía, salpingectomía bilateral que consistió en una extracción o extirpación completa de ambas trompas o salpinges, lavado de cavidad y drenaje de hematoma, quien asentó en nota médica que no encontró registro de la atención recibida durante el turno nocturno del 5 de marzo de 2014.

45. Ahora bien, de las constancias que integraron el expediente clínico de V1, se documentó que en la hoja de registro clínico e intervenciones de enfermería de 5 de marzo de 2014, AR2, enfermera, registró que a las 12:05, 18:00 y 24:00 horas, respectivamente, suministró analgésico a V1, quien a las 21:20 horas inició con sangrado de herida quirúrgica por lo que pasó a sala de labor del Módulo Mater para reparación de herida.

46. En este orden de ideas, es importante señalar que dos médicos que atendieron a V1 el 6 de marzo de 2014 reportaron que no encontraron registro de notas médicas del turno nocturno anterior, y fue hasta después del registro del deceso de V1, que se agregó al expediente clínico la nota médica de AR1, ginecóloga, en la que señaló que a las 23:35 horas del 5 de marzo, V1 pasó a la sala de expulsión donde realizó reparación de herida quirúrgica ya que encontró sangrado moderado y activo, reportando dehiscencia que abarcó tejido celular sin llegar a cavidad abdominal, que al localizar vaso sangrante realizó hemostasia y

concluyó sin complicaciones, por lo que indicó vigilar sangrado y reportar eventualidades, lo que en el caso no ocurrió.

47. Llamaron la atención los informes médicos rendidos por AR2 y AR3 quienes señalaron que a las 22:00 horas del 5 de marzo de 2014, dieron aviso a AR1 que V1 presentaba sangrado en la herida quirúrgica, y después de una hora les indicó pasarla al Módulo Mater para su atención. AR3 señaló que realizó su último recorrido de supervisión a las 04:00 horas y observó que la víctima se encontraba dormida junto a su bebé, sin realizar acciones para documentar si persistió sangrado o que hayan realizado la toma de signos vitales o entrevistado a la víctima.

48. De la evidencia se advierte que a las 06:10 horas del 6 de marzo de 2014, que V1 se encontró diaforética y se le realizó un ultrasonido; a las 08:20 horas fue valorada por ginecóloga-obstetra quien reportó que la paciente ya se encontraba en choque hipovolémico, y del ultrasonido abdominal se observó líquido abundante en los espacios intrabdominales, por lo que fue intervenida de urgencia, en la que constató hemoperitoneo de aproximadamente 1,200 mililitros y desgarro de salpinge en forma bilateral pequeños, en sitio de sutura, por lo que solicitó el estudio patológico de las salpinges.

21

49. De los elementos recabados, se obtuvo que al término de la cirugía, V1 fue reportada en estado grave, con apoyo ventilatorio, ingresó a terapia intensiva con diagnóstico de choque hipovolémico grado IV, hemoperitoneo, coagulación extravascular diseminada (CID) y acidosis metabólica severa secundaria a DX3, realizándole transfusiones sanguíneas, y el 7 de marzo de 2014, presentó sangrado por cavidad oral y en ese momento no se dispuso de plaquetas; al día siguiente presentó síndrome de insuficiencia respiratoria, registrándose su deceso a las 15:08 horas del 8 de marzo de 2014, a causa de coagulación intramuscular diseminada, hígado graso del embarazo u puerperio fisiológico.

50. De acuerdo con los resultados de la necropsia que se practicó al cuerpo de V1, se observó que la causa del fallecimiento fue choque hipovolémico, insuficiencia renal aguda y puerperio fisiológico; y del estudio histopatológico se obtuvo atonía uterina ovarios y salpinges sin alteraciones, como consta en las diligencias que integran la Causa Penal 1.

51. Ahora bien, de la opinión médica que sobre el caso emitió un Perito Especialista del Colegio de la Profesión Médica del Estado de San Luis Potosí, concluyó que la práctica médica aplicada a V1, no fue adecuada, oportuna, completa ni eficaz ya que se realizó un diagnóstico tardío, que si bien la hemorragia posterior a una intervención quirúrgica es una complicación que se puede presentar esporádicamente, se debe tener la capacidad de resolverla en forma oportuna y eficaz para poder revertir las complicaciones, en el caso se detectó estado de choque hasta la mañana del 6 de marzo de 2015, por lo que faltó vigilancia de parte de personal. Que las omisiones, diagnóstico oportuno y manejo eficaz eran previsible al tener personal capacitado y suficiente.

22

52. La opinión médica también señala que después de la Oclusión Tubaria Bilateral que se realizó a V1, no hubo nota de evolución del turno nocturno solamente nota de post-revisión en sala de expulsión con aplicación de puntos hemostáticos. Que las notas de servicio de enfermería no consignan la hora, y hasta el turno matutino se encontró a V1 en estado de choque, sin detectar en el momento indicado. Que cuando es enviada a servicio de terapia intensiva las notas y valoraciones fueron realizadas por médicos internistas y no por médicos intensivistas.

53. Además de lo anterior, en el dictamen médico de 30 de mayo de 2014, emitido por perito de la Procuraduría General de Justicia del Estado, se concluyó que la causa básica del fallecimiento de V1 fue el desgarro bilateral de la salpinges causado por una deficiente técnica quirúrgica supuesta por carecer de la descripción que la llevó a presentar hemoperitoneo que fue causa del choque

hipovolémico grado IV, que dio lugar a la coagulación intravascular diseminada que originó una falla multiorgánica que culminó en la defunción.

54. En el citado dictamen se señala que V1 fue atendida de parto normal, se le realizó salpingoclasia bilateral, existió ocurrencia de desgarros bilaterales de salpinges, desarrollo de hemoperitoneo, que es la acumulación de sangre por los desgarros dentro de la cavidad abdominal, que hubo una valoración deficiente por AR1, quien la sometió a reparación de sangrado en el sitio de herida quirúrgica, además de la desatención del personal que no detectó la aparición paulatina del choque hipovolémico grado IV, que se instaló a lo largo de la noche, pese a que V1 presentaba evolución tórpida, no se le ofreció la atención quirúrgica adecuada inmediata que era necesaria.

55. Que existió dilación en la decisión de reintervenirla quirúrgicamente en forma adecuada, ya que era evidente que tenía datos de hipovolemia que no cedió ante el manejo quirúrgico realizado que consistió en la ligadura de un vaso sangrante en el sitio de la herida quirúrgica, presentando además distensión abdominal y deterioro en su estado de salud, se presentaron datos francos de choque hipovolémico que indicaba la urgente necesidad de manejo quirúrgico y el cual evolucionó en forma esperada a una coagulopatía por consumo y finalmente al síndrome de coagulación intravascular diseminada mortal.

56. En informes posteriores, de 26 de septiembre y 4 de octubre de 2014, que se integraron a la Averiguación Previa 1, personal de servicios periciales realizó precisiones en cuanto al dictamen emitido, en los cuales señaló que de los resultados obtenidos del estudio histopatológico se desprende que el fallecimiento de V1, fue a causa de Atonía Uterina con ectasia venosa, que significa dilatación de conductos venosos, que el útero no involucionó a estado normal y tuvo como consecuencia el sangrado; que era previsible su fallecimiento, ya que las técnicas que debieron aplicar previo al momento en que se detectó que estaba sangrando de la herida quirúrgica fue una laparotomía exploratoria urgente, y al no realizarse trajo como consecuencia el shock hipovolémico grado IV y la muerte de V1.

57. 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 servidores públicos del Hospital General de Ciudad Valles, San Luis Potosí.

58. Otro aspecto a destacar es que se evidenció que el Hospital General de Ciudad Valles, al momento de la atención de V1, el 7 de marzo de 2014, no se contó con plaquetas, y en este sentido en la opinión médica se especificó que la reducción de la mortalidad materna, requiere del acceso a Centros de atención con medicamentos, Banco de Sangre funcional, recursos humanos de calidad, recursos materiales, pero fundamentalmente la conformación de equipos de trabajo en los centros de atención, capacitarlos y motivarlos para que aborden la hemorragia postparto con una guía basada en evidencias, sobre la seguridad, calidad y utilidad de las alternativas de intervención

24

59. 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.

60. En otro aspecto de la evidencia, se advirtió omisiones en la integración del expediente clínico que se integró a V1 en el Hospital General de Ciudad Valles, ya que después de la nota médica realizada a las 18:00 horas del 5 de marzo de 2014, se asentó diversa nota hasta las 08:20 horas del 6 de marzo, y hasta la parte final del expediente clínico obra las notas medicas realizadas el 5 de marzo durante el turno nocturno.

61. 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.

25

62. 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.

63. 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.

64. 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.

65. 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.

26

66. 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 del Colegio de la Profesión Médica se advirtió que la atención que se proporcionó a la víctima no fue la oportuna, completa, adecuada y eficaz que debería de corresponder.

67. De igual manera, en el presente caso se inobservó 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 la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico.

68. 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.

69. 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.

27

70. 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.

71. 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.

72. 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 NOM-004-SSA3-2012 y NOM-005-SSA2-1993 del expediente clínico y de los servicios de planificación familiar 30/05/1994 Métodos anticonceptivos, Oclusión Tubaria Bilateral, así como de la Guía de Práctica Clínica 2014. Hemorragia obstétrica en primer, segundo y tercer nivel de atención.

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

28

V. RECOMENDACIONES

PRIMERA. Gire las instrucciones a quien corresponda, a efecto de que se repare el daño ocasionado en favor de los familiares de V1, o de quien acredite tener derecho, la cual incluya el tratamiento psicológico, 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, y para efecto de que, previos los trámites que establece la Ley de Víctimas para el Estado de San Luis Potosí y su Reglamento, los familiares de V1, que acrediten tener derecho, tengan acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, y proporcione la información que le solicite la Comisión Ejecutiva de Víctimas y tenga a su alcance.

TERCERA. Colabore ampliamente con la Contraloría Interna de Servicios de Salud, a efecto que substancie y concluya Procedimiento Administrativo de responsabilidad con motivo de la vista que realice este Organismo en contra de los servidores públicos que participaron en los hechos, en razón de las consideraciones vertidas en la presente Recomendación, proporcionando para tal efecto las constancias que le sean requeridas.

CUARTA. Gire sus instrucciones para que se imparta a los servidores públicos del Hospital General de Ciudad Valles, capacitación en materia de Derechos Humanos y protección a la salud, enfatizando el conocimiento, manejo y observancia de las Normas Oficiales Mexicanas, sobre el expediente clínico, de los servicios de planificación familiar 30/05/1994 Métodos anticonceptivos, Oclusión Tubaria Bilateral, así como de la Guía de Práctica Clínica 2014. Hemorragia obstétrica en primer, segundo y tercer nivel de atención, y envíe a esta Comisión las constancias que acrediten su cumplimiento.

29

74. 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.

75. 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.



76. 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.

EL PRESIDENTE

LIC. JORGE VEGA ARROYO