



RECOMENDACIÓN No. 21/2016

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 9 de agosto de 2016

**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-155/2014, 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 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 que se cometieron en agravio de V1, atribuibles a personal del Hospital General de Matehuala, San Luis Potosí, en relación con la inadecuada atención médica que recibió.

4. V1 manifestó que el 29 de septiembre de 2014, a las 01:00 horas, acudió al Hospital General de Matehuala donde se le practicó una cesárea de la que se obtuvo producto vivo, y al término de la intervención quirúrgica un médico le informó que había sufrido una quemadura en la cara posterior de la pierna izquierda, la cual no necesitaba curaciones, que solamente ameritaba lavar con agua y jabón. Precisó que los días posteriores que permaneció internada le hicieron lavado de herida.

5. La víctima señaló que el 1 de octubre de 2014, el Director del Hospital General de Matehuala le refirió que la quemadura se provocó debido a que el equipo de quirófano era nuevo y él personal médico no sabía cómo utilizarlo, que le recabaron placas fotográficas de la lesión para enviarla a los proveedores de los equipos.

6. No obstante lo anterior, la víctima manifestó que el tipo de lesión requería tratamiento, y que el medicamento que necesitaba no le fue suministrado al momento de su alta hospitalaria; que una semana después regresó al hospital ya que la herida era profunda y hasta ese entonces fue atendida por un especialista quien le colocó un parche que era removido cada cinco días, y se le indicó que requería de un injerto de piel o un procedimiento quirúrgico para estiramiento de piel.

7. Para la investigación de la queja, se radicó el expediente 4VQU-155/2014, 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

8. Queja que presentó V1, de 10 de noviembre de 2014, en la que denunció presuntas violaciones a sus derechos humanos atribuibles a personal del Hospital General de Matehuala, San Luis Potosí, por la inadecuada atención médica que le provocó una lesión en la parte posterior de la pierna izquierda al momento de que se le practicó una cesárea.

9. Acta circunstanciada de 19 de noviembre de 2014, en la cual personal de esta Comisión hace constar que a simple vista, V1 presentó dos quemaduras de aproximadamente 7 y 1 centímetro en la parte posterior de la pierna izquierda, de las que se capturaron tres placas fotográficas.

10. Acta circunstanciada de 19 de noviembre de 2014, en la que se hace constar entrevista con Q1, madre de V1, quien manifestó que el 29 de septiembre de ese año, personal médico le informó que su hija había sufrido una quemadura en la parte posterior de la pierna izquierda que para sanar requería sólo lavar la herida con jabón y agua. Que el Director del Hospital le ofreció una disculpa y le dijo que se le proporcionaría medicamento.

11. Oficio 077, de 12 de enero de 2015, signado por el Director del Hospital General de Matehuala, por el cual rindió un informe de la atención médica que recibió V1, al cual acompañó lo siguiente:

11.1 Resumen clínico de 21 de octubre de 2014, que elaboró el Director del Hospital General de Matehuala, asentó que V1 fue atendida por personal médico al presentar un embarazo de 40.1 semanas de gestación; que en la práctica de la cesárea AR1, enfermera, informó que la paciente se encontraba lista, que se utilizó un cauterio Bichert modelo 4400, con aplicación de gel transductor que se usa para electrocauterio surtron. Al terminar cirugía se reportó quemadura en

muslo izquierdo, que corresponde a la parte posterior donde se colocó la placa de electrocauterio. El 1 de octubre, se egresa por mejoría con cita cada siete días a cirugía para curación y colocación de parche hidrocélular, que se ofreció a V1 un injerto la cual no aceptó.

11.2 Informe médico de 25 de noviembre de 2014, suscrito por ginecóloga y obstetra, en el que asentó que el 29 de septiembre de ese año a las 00:16 horas V1 fue atendida por personal médico para la práctica de una cesárea, que el procedimiento no tuvo ninguna complicación, que la quemadura en la parte posterior del muslo fue causa de la placa del electrocauterio, que esa corresponde colocarla al personal de enfermería antes de la cirugía, ya que el cirujano se tiene que preparar al realizar lavado quirúrgico de manos para la cirugía, que probablemente la quemadura se debió a falla del electrocauterio y no del uso, de lo cual es responsabilidad del proveedor.

11.3 Informe de 2 de diciembre de 2014, signado por AR1, personal de enfermería, en el que señaló que a las 08:10 horas se le hizo entrega de V1, en quirófano 2, por parte de personal del turno nocturno, que el procedimiento de preparación ya estaba iniciado y no hubo tiempo de realizar revisión de equipos y materiales. Que cuando se recibió a la paciente, ya se encontraba el médico Gineco-obstetra realizando asepsia por lo que apoyó en la colocación de sonda Foley, que se informó al ayudante e instrumentista que no se había colocado la placa de cauterio, que procedió a buscarla y encontró una que no correspondía al equipo de quirófano, que se decide utilizar esa placa. Que al terminar, se percatan que la paciente presentó quemadura en segundo grado ocasionado por la orilla de la placa de cauterio y se realizó curación de herida.

11.4 Informe médico de 25 de noviembre de 2014, suscrito por médico cirujano, quien señaló que el 6 de octubre de 2014, V1 fue diagnosticada con quemadura en segundo grado profunda en cara posterior el muslo izquierdo secundario a placa de electrocauterio, inicialmente con lesión de aproximadamente 4.5 centímetros con áreas de necrosis que abarcan todo el tejido celular subcutáneo, se realizó curación y se colocó parche de plata Acticoat así como parche

hidrocelular Allevyn. Que se otorgaron 8 consultas en las cuales se han realizado curación y colocación de parche hidrocelular, con lo cual la paciente ha mostrado gran mejoría. Se le ofreció a V1 manejo de injerto o realizar un colgajo de piel, lo cual no aceptó, por lo que continuaron con las curaciones.

12. Acta circunstanciada de 17 de febrero de 2015, en la que se hizo constar que V1 compareció a esta Comisión para informar que presentó formal denuncia penal en contra del personal del Hospital General de Matehuala.

13. Oficio 103/2015, de 24 de marzo de 2015, suscrito por el Agente del Ministerio Público del Fuero Común Investigador Mesa II, con residencia en Matehuala, San Luis Potosí, en el que anexó copia certificada de la Averiguación Previa Penal 1, iniciada en agravio de V1, en la que entre otras constancias obran:

13.1 Declaración Ministerial de V1, en 20 de noviembre de 2014, quien denunció los hechos por los cuales se le originó una lesión con motivo de la intervención quirúrgica que se le realizó en el Hospital General de Matehuala, San Luis Potosí.

13.2 Certificación de lesiones de V1, de 20 de noviembre de 2014, en la que el Agente del Ministerio Público asentó que la víctima presentó quemadura de segundo grado superficial localizada en la cara posterior de la rodilla izquierda.

13.3 Oficio Médico Forense 945/2014, de 20 de noviembre de 2014, suscrito por perito médico dictaminador de la Subprocuraduría Regional de Justicia para la Zona Altiplano, sede Matehuala, en el que rindió dictamen de integridad física de V1, en el que asentó que presentó quemadura en segundo grado localizada en la cara posterior de la rodilla izquierda.

14. Copia del Expediente Clínico que se integró en el Hospital General de Matehuala, respecto de la atención médica que recibió V1, de cuyas constancias destaca lo siguiente:

14.1 Historia clínica de urgencias de 29 de septiembre de 2014, en la que personal médico asentó que a las 00:16 horas, V1 acudió por presentar dolor obstétrico, cursando su segundo embarazo de II EIU de 40 semanas de gestación por fecha de última regla, con antecedente de cesárea previa.

14.2 Nota de evolución de 29 de septiembre de 2014, en la que personal médico asentó nota postoperatoria a las 9:30 horas, y señaló que V1 presentó quemadura en parte posterior del muslo izquierdo ocasionada por placa de cauterio, por lo que se informó a paciente y familiar.

14.3 Hoja de evolución de 30 de septiembre de 2014, en la que personal médico asentó que V1 presentaba herida en muslo izquierdo posterior de 4x3 cm necrótica, sin secreción, ni datos de infección, no dolor y resto de extremidades sin complicaciones.

14.4 Hoja de evolución de 21 de noviembre de 2014, suscrita por cirugía general en la que se asentó que se explica a paciente que hay mejoría en herida pero puede tardar de 4 a 6 semanas más.

15. Opinión médica de 8 de diciembre de 2015, que realizó un Perito Especialista del Colegio de la Profesión Médica del Estado de San Luis Potosí, en la cual del análisis del caso, observó y concluyó lo siguiente:

15.1 En caso de V1, quien es atendida para un procedimiento obstétrico quirúrgico en el Hospital General de Matehuala, durante éste se presenta un incidente de quemadura de segundo grado de 4.5 centímetros en la parte posterior del muslo izquierdo por una aparente disfunción del cauterio que se utiliza para la cirugía. Dentro de los protocolos de seguridad, para iniciar un procedimiento quirúrgico corresponde a la enfermera circulante AR1, la verificación del correcto funcionamiento, así como la colocación del mismo en el cuerpo de la paciente, para su utilización durante la cirugía.

15.2 Desde la detección de la quemadura se otorgó atención médica a la paciente, ofreciendo opciones terapéuticas para abreviar tratamiento y rehabilitación, los que V1 rechazó por causa desconocida. Según notas del expediente con el manejo avalado por V1, su evolución clínica era favorable.

15.3 El incidente que produjo la quemadura en la parte posterior del muslo de V1, es consecuencia de falta de apego a la normatividad de estándares de seguridad antes de iniciar un procedimiento quirúrgico. La valoración médica y el tratamiento de V1, respecto a la quemadura se realizaron de forma oportuna.

16. Acta circunstanciada de 12 de abril de 2016, en la que se hizo constar comparecencia de la quejosa para manifestar que un médico ortopedista le recetó medicamento que no puede adquirir por falta de recursos económicos, y ya continuó acudiendo a consultas médicas particulares; que persiste leve dolor al flexionar la pierna, comezón, ardor y estéticamente le molesta la mancha cutánea de la cicatriz, que tiene temor de que sea operada nuevamente en el Hospital General de Matehuala ya que no quiere volver a pasar por los mismos riesgos de quemarse en quirófano, por lo que solicita que se le cubra su tratamiento hasta su total recuperación y que se trate la cicatriz.

17. Acta circunstanciada de 14 de abril de 2016, en la que se hizo constar entrevista con el Agente del Ministerio Público el cual informó que la Averiguación Previa Penal 1, iniciada por el delito de lesiones en agravio de V1, se encuentran diligencias pendientes de desahogar.

18. Memorándum 750303073200/20/164/D, de 30 de mayo de 2016, por el cual el Director del Hospital Rural "O", No. 14 del Instituto Mexicano del Seguro Social en la Región Altiplano, Matehuala, San Luis Potosí, anexó nota de valoración de V1, realizada por médico cirujano general quien destacó que el 30 de mayo de 2016, la víctima presentó en tercio distal región posterior de pierna izquierda una cicatriz que loide de aproximadamente 5x3 cm, que no presente secuelas ni daño orgánico evidente, solamente los daños estéticos secundarios a la cicatriz de la lesión antigua por lo que se sugiere sea valorada por cirugía plástica y reconstructiva.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

19. El 29 de septiembre de 2014, V1 acudió al Hospital General de Matehuala al presentar 40.1 semanas de gestación y dolores inherentes al parto, a quien se le realizó cirugía de cesárea, de la cual se obtuvo producto vivo, y al término de ésta, se le informó que presentaba una quemadura en parte posterior de pierna izquierda cerca del muslo, la cual fue ocasionada por la placa de cauterio que fue utilizada en el quirófano.

20. Sobre los hechos, AR1 personal de enfermería informó que recibió a la víctima en quirófano cuando ya había iniciado el proceso de preparación y no tuvo tiempo de revisar equipos y materiales, que se percató que en la sala de quirófano el aparato de cauterio no tenía placa y al no localizarla en otras salas ni contar con alguna otra desechable, se utilizó otra placa metálica que no correspondía al aparato de cauterio, lo que le provocó a la víctima una quemadura de segundo grado de 5x4 centímetros.

21. El 1 de octubre de 2014, V1 egresó del Hospital General al presentar mejoría sin que se le aplicara medicamento en la zona de la lesión provocada por quemadura, que hasta que, se inconformó Q1, su madre, por la falta de medicamento se le ofreció atención para acudir a curaciones y colocación de parche hidrocelular.

22. V1 manifestó que aun y cuando en el Hospital General de Matehuala se le dio atendió la herida que presentó, no aceptó que se le realizara otra intervención quirúrgica por el temor de que ocurriera otro incidente, y que no contaba con recursos económicos para atenderse por médico especialista en cirugía plástica y reconstructiva.

23. 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 la servidora pública que atendió 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

24. Del análisis lógico jurídico realizado al conjunto de evidencias que integran el expediente de queja 4VQU-155/2014, se encontraron elementos suficientes que permitieron acreditar violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud en agravio de V1, atribuibles a personal del Hospital General de Matehuala, San Luis Potosí, derivado de la inadecuada prestación del servicio médico en atención a las siguientes consideraciones:

25. Los hechos señalan que el 29 de septiembre del año 2014, a las 01:10 horas, V1 acudió al Hospital General de Matehuala, San Luis Potosí donde se le practicó una cirugía de cesárea y al término de ésta, se le informó que presentaba una quemadura en la parte posterior de la pierna izquierda cerca del muslo, la cual se le provocó por la placa de cauterio que fue colocada en el momento de ser intervenida que solo requería de lavado de herida con agua y jabón, sin que se le realizara valoración médica por especialista.

26. Q1 señaló que el 1 de octubre de 2014, V1, su hija, fue dada de alta y se le informó que la víctima no requería de medicamento para el tratamiento de la herida, lo cual informó al Director del Hospital General de Matehuala, quien indicó que se le proporcionara medicamento a V1, y siguiera siendo atendida en ese hospital para seguimiento de herida; sin embargo, la quejosa refirió que no se proporcionó medicamento cutáneo al señalar que no había en existencia en el área de farmacia del hospital.

27. La quejosa refirió, que el Director del Hospital General de Matehuala le señaló que la lesión fue producida por los aparatos de quirófano explicándole, que como eran nuevos, no los sabían utilizar por lo que le recabó placas fotografías de la lesión para ser enviados a los proveedores de los equipos.

28. En el informe rendido mediante oficio 077, de 12 de enero de 2015, el Director del Hospital General informó que se le brindó atención médica a V1, el 29 de septiembre de 2014, que AR1, enfermera, informó que la víctima estaba vestida para quirófano, que en la intervención se utilizó el cauterio Birchert modelo 4400 y al no encontrar la placa de ese modelo, fue utilizada otra con aplicación de gel transductor de otro electrocauterio, que después del incidente de quemadura, el 1 de octubre de ese año, la víctima fue dada de alta al presentar mejoría y se le citó cada siete días para curación y colocación de parche hidrocélular, que la víctima no aceptó injerto de piel.

29. En este orden de ideas, en el informe que sobre los hechos rindió ginecóloga y obstetra señaló que la quemadura que se produjo en V1, fue a causa de la placa de electrocauterio, la cual le corresponde colocar al personal de enfermería antes de la cirugía, ya que en el proceso de preparación, mientras se revisa lo anterior, el cirujano realiza lavado de manos, pero que la falla fue del equipo de electrocauterio y del uso del personal.

30. De la evidencia recabada se obtuvo información sobre la intervención que realizó AR1, enfermera asignada a quirófano, quien señaló que el 29 de septiembre de 2014, al recibir turno ya se había iniciado el procedimiento de preparación de quirófano por lo que no tuvo tiempo de revisar los equipos y materiales, que personal del turno nocturno le había hecho entrega de la paciente y el médico ya estaba realizando asepsia, por lo que apoyó en la colocación de la sonda Foley, percatándose de la falta de una placa de cauterio, por lo que al no localizar la que correspondía a ese equipo, utilizó otra ya que el equipo nuevo se encontraba en reparación, y hasta el término de la cirugía se percató que V1 presentó quemadura de segundo grado ocasionada por la orilla de la placa de cauterio por lo que sólo se realizó curación de la herida.

31. La evidencia que se recabó permite advertir que el 6 de octubre de 2014, después de ser atendida en el Hospital General de Matehuala, V1 fue diagnosticada con quemadura de segundo grado profunda, en cara posterior del muslo izquierdo secundario a placa de electrocauterio con área de necrosis en el tejido celular subcutáneo, por lo que se decidió la colocación de parche de plata Acticoat así como parche hidrocélular Allevyn, que recibió atención en 8 sesiones para curación y colocación de parche. De lo anterior, se advierte que la víctima presentó una quemadura, como también lo corroboró el Agente del Ministerio Público del Fuero Común Investigador con sede en Matehuala, quien realizó certificación y fe ministerial de la lesión que presentó la víctima.

32. En este contexto, en la Opinión Médica que emitió perito especialista del Colegio de la Profesión Médica del Estado, el 8 de diciembre de 2015, concluyó que V1 presentó quemadura de segundo grado de 4.5 centímetros en la parte posterior de pierna izquierda, área de muslo, que de acuerdo a los protocolos de seguridad, para iniciar un procedimiento quirúrgico corresponde a la enfermera circulante AR1, la verificación del correcto funcionamiento, así como la colocación del mismo en el cuerpo de la paciente, para su utilización durante la cirugía, lo cual en el presente caso no aconteció ya que AR1, refirió que al recibir a la paciente no tuvo tiempo de verificar las medidas de seguridad ya que había iniciado el procedimiento de preparación del médico.

33. En la mencionada opinión médica, se destaca que el incidente que produjo la quemadura fue consecuencia de la falta de cumplimiento de los estándares de seguridad antes de iniciar un procedimiento quirúrgico.

34. En el presente caso se observó que el personal de enfermería no tomó las medidas de seguridad antes de iniciar el procedimiento quirúrgico sobre los instrumentos y materiales a utilizar, al evidenciarse que en el proceso preoperatorio no se otorgó la atención adecuada; si bien se informó que cuando recibieron a la víctima ya había iniciado el proceso de preparación, se observó que se usó una placa de cauterio que no correspondía al equipo, sin que se informara

sobre la existencia previa de esa placa, o sobre la falta y necesidad de que se utilizara en el equipo correcto.

35. Se puso en evidencia la falta de aplicación de protocolos de uso de la tecnología o de la capacitación del personal de enfermería en la utilización de los equipos tecnológicos médicos, ya que un uso inadecuado puede ocasionar daños a la salud como en el caso aconteció que a falta de apego a los estándares de seguridad en sala de quirófano se ocasionó una quemadura de segundo grado profunda en la parte posterior de la pierna derecha de V1.

36. Cabe destacar que la Organización Mundial de la Salud, en 2008, publicó el Manual de Aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de Cirugía, en la que señala que se entiende por "equipo quirúrgico" a los cirujanos, anestesistas, personal de enfermería, técnicos y demás personal de quirófano involucrados en el procedimiento quirúrgico, siendo el personal de enfermería a quien le corresponde revisar si se ha confirmado la esterilidad con resultado de indicadores y si existen dudas o problemas relacionados con el instrumental y los equipos, que también puede contarse con un coordinador de lista para asegurar el equipamiento de quirófano.

37. En el citado Manual se destaca que el objetivo es la verificación de la seguridad de la cirugía, es contribuir a garantizar que los equipos quirúrgicos adopten de forma sistemática unas cuantas medidas de seguridad esenciales, y minimicen así los riesgos evitables más comunes que ponen en peligro el bienestar de los pacientes quirúrgicos, lo que en el caso no se cumplió, al utilizarse una placa que no correspondía al equipo quirúrgico y que trajo como consecuencia una quemadura de segundo grado en V1.

38. En este orden de ideas la Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud, en su numeral 5.8 señala que el personal de enfermería está obligado a verificar oportunamente la existencia y funcionamiento óptimo del equipo que se utiliza para proporcionar el cuidado de enfermería y, en su caso reportar los faltantes y

las fallas que representen un riesgo para los usuarios de los servicios de salud o para el propio personal. En correspondencia, los establecimientos de atención médica proporcionarán los recursos necesarios de material y equipo, verificando con oportunidad el buen funcionamiento de los mismos, lo que en el caso no aconteció, lo que debe ser motivo de investigación administrativa debido a que el personal de turno nocturno que hizo la entrega de la víctima a AR1, enfermera turno matutino, no le reportó la falta de una placa del equipo de quirófano.

39. Aunado a lo anterior, el Manual de Organización aplicado al Hospital General de Matehuala de los Servicios de Salud en el Estado, describe las funciones que al personal de enfermería de quirófano le corresponde como lo son preparar el material e instrumental médico utilizado durante la atención del paciente para el proceso de esterilización, identificando necesidades de insumos y realizando la solicitud correspondiente.

40. La Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, que Establece las Características Mínimas de Infraestructura y Equipamiento de Hospitales y Consultorios de Atención Médica Especializada señala en su numeral 6.6.2, que la unidad quirúrgica debe contar con el mobiliario y equipo señalado en el Apéndice H.1.2, el cual señala que el quirófano debe tener una unidad electro quirúrgica.

41. Además de lo anterior, en la opinión médica de 8 de diciembre de 2015, perito especialista señaló que el tratamiento que V1, recibió con posterioridad al tratamiento de la quemadura fue adecuado, oportuno, completo y eficaz de acuerdo al plan terapéutico aceptado por la víctima, es decir por la colocación de parches hidrocélular, es de advertirse que la víctima señaló que aún continua presentando ardor y dolor al flexionar la pierna y que principalmente la cicatriz que presentaba era molesta, que en su momento no aceptó otra intervención en ese hospital por el temor de que volviera a dañarse la herida como había sucedido, por lo que solicitó que se le cubriera su tratamiento hasta su total recuperación específicamente por la secuela estética que dejó la cicatriz.

42. Sobre este particular, de acuerdo a la valoración médica que realizó cirujano del Hospital Rural No. 14, del Instituto Mexicano del Seguro Social en la Región Altiplano, Matehuala, de 30 de mayo de 2016, informó que V1 presentaba daños y secuelas estéticas secundarias a cicatriz de lesión antigua por lo que se sugirió valoración por cirugía plástica y reconstructiva.

43. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), el derecho a la salud incluye el acceso a una atención sanitaria oportuna, aceptable, asequible y de calidad satisfactoria, donde el Estado debe crear las condiciones que permitan que todas las personas puedan vivir lo más saludablemente posible, estas condiciones incluyen la disponibilidad garantizada de servicios de salud.

44. 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.

45. En la Observación General Número 14, sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de Salud, del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, se establece que la salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de todos los demás derechos humanos y que todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente.

46. La citada Observación General señala que los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad, ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, lo que en el presente caso no ocurrió ya que se evidenció que el Hospital General de Matehuala, no cuenta con personal de enfermería capacitado para la operación óptima de los equipos ya que se utilizó una placa de cauterio que no correspondía al equipo de electrocauterio.

47. La Corte Interamericana de Derechos Humanos, en el Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil, sentencia de 4 de julio de 2006, párrafos 109 y 130, mencionó que la atención de salud debe estar disponible a toda persona que lo necesite, debe tener como finalidad principal el bienestar del paciente y el respeto a su dignidad como ser humano.

48. 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.

49. 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.

50. Por lo expuesto, se advierte que se vulneraron los derechos a la protección de la salud en agravio de V1 contenidos en los artículos 4 párrafo cuarto 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; que garantizan, en términos de igualdad el acceso efectivo a los servicios de salud.

51. Asimismo, dejaron de observar lo previsto en los numerales 6.1, y 24.1, del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; 4.1, 11.1 y 19, de la Convención Americana Sobre Derechos Humanos; I, VII y XI, de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; 1, 3, 25.1 y 25.2, de la Declaración Universal de los Derechos Humanos; 12.1 y 12.2, incisos a) y d), del

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; 10.1, 10.2, incisos a), b), y f) del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; que señalan la necesidad de asegurar la plena efectividad y alcance del más alto nivel de salud para todos los individuos, especialmente de las mujeres como también el margen mínimo de calidad en los servicios médicos que el Estado debe proporcionar a su población, en cuanto al disfrute de un servicio médico y, de adoptar las medidas necesarias para su plena efectividad.

52. 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.

53. 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.

54. 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, 65 fracción I y 70 de la Ley de Víctimas para el Estado de San Luis Potosí, al acreditarse violaciones a los derechos humanos a la protección a la salud en agravio de V1 se deberán inscribir en el Registro

Estatal de Víctimas, a cargo de la Comisión Ejecutiva Estatal de Atención a Víctimas en el Estado.

55. En concordancia con ello y con el propósito de evitar que hechos como los analizados en el presente caso se repitan, es necesario que la autoridad impulse la capacitación a sus servidores públicos orientada hacia el correcto ejercicio del servicio y el respeto de los derechos humanos, en particular en materia de protección a la salud enfatizando el conocimiento, manejo y observancia de las Normas Oficiales Mexicanas.

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

17

V. RECOMENDACIONES

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 en su caso requiera, con motivo de la responsabilidad institucional en que incurrió el personal del Hospital General de Matehuala, y envíe a esta Comisión las constancias que acrediten su cumplimiento.

SEGUNDA. Colabore ampliamente con este Organismo Estatal, en la inscripción de V1 en el Registro Estatal de Víctimas, para los efectos de la reparación del daño en los términos que establece la Ley de Víctimas para el Estado de San Luis Potosí y su Reglamento, remitiendo la información que en su caso se le solicite y tenga a su alcance.

TERCERA. Se colabore ampliamente con la Contraloría Interna para que substancie y concluya la investigación en contra de los servidores públicos relacionados con los hechos de la presente Recomendación, respecto en la atención médica de V1 y por las omisiones en la observancia de las Normas

Oficiales Mexicanas, 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 realicen protocolos de verificación del equipo médico y quirúrgico con los que deben estar equipados las áreas quirúrgicas de acuerdo a la Norma Mexicana NOM-016-SSA3-2012, que Establece las Características Mínimas de Infraestructura y Equipamiento de Hospitales y Consultorios de Atención Médica Especializada, así como personal capacitado que identifique carencias y oportunamente realice los requerimientos necesarios, enviando a esta Comisión Estatal constancias sobre su cumplimiento.

QUINTA. Gire sus instrucciones para que se imparta a los servidores públicos del Hospital General de Matehuala, 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 la Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud y Norma Mexicana NOM-016-SSA3-2012, que Establece las Características Mínimas de Infraestructura y Equipamiento de Hospitales y Consultorios de Atención Médica Especializada, y envíe a esta Comisión las constancias que acrediten su cumplimiento.

57. 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.

58. 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.

59. 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