

RECOMENDACIÓN No. 37/2016

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, 29 de diciembre de 2016

**DOCTORA 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 2VQU-197/2016, 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 3º, 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 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 con la atención médica que le fue proporcionada con motivo de su embarazo.

4. V1 manifestó que el 20 de mayo de 2016 con motivo de su embarazo acudió al Centro de Salud "Juan Sarabia" donde le indicaron que acudiera al Hospital General de Ciudad Valles para la realización de un ultrasonido A las 16:30 horas fue valorada en el Hospital General y una doctora ordenó la práctica de un ultrasonido urgente para obtener la frecuencia cardíaca fetal; sin embargo, no se contaba con el equipo necesario por lo que le dijeron que acudiera al día siguiente a las 08:00 horas.

5. La víctima señaló que el 21 de mayo de 2016, acudió al citado nosocomio donde se le entregó un pase para presentarse a una clínica particular a realizarse el ultrasonido, y el radiólogo le indicó que el bebé presentaba un poco de líquido amniótico y estaba muy pequeño para su edad gestacional. Al respecto, el ginecólogo del Hospital General de Ciudad Valles le informó que el ultrasonido estaba incorrecto, que su bebé estaba bien y cursaba la semana 37 de gestación y que regresara en dos días.

6. El 23 de mayo de 2016, V1 acudió nuevamente al Hospital General de Ciudad Valles, la doctora que la atendió ordenó su ingreso debido a que el producto de la gestación estaba muy pequeño y era necesario un ultrasonido con flujo Doppler, el cual fue realizado el siguiente día en una clínica particular. Que el ginecólogo que la revisó le informó que su bebé no presentaba signos vitales, lo cual fue confirmado en el Hospital General por lo que la víctima autorizó la realización de una cesárea.

7. Para la investigación de la queja, se radicó el expediente 2VQU-197/2016, 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 27 de mayo de 2016, en la que denunció presuntas violaciones a sus derechos humanos atribuibles a personal médico del Hospital General de Ciudad Valles, San Luis Potosí, por la inadecuada prestación médica que derivó en el fallecimiento del producto de su embarazo.

9. Nota periodística de 27 de mayo de 2016, publicada en el medio de comunicación escrita denominado “Zu-Noticia”, con el encabezado “*Acusan al Hospital General de negligencia; murió un bebé antes de nacer*”. En el texto, se informa que V1 no fue atendida de manera oportuna e inmediata a pesar de presentar flujo y líquidos abundantes cuando cumplió con 9 meses de embarazo, lo que ocasionó que el producto del embarazo naciera sin vida.

10. Oficio 3657, de 10 de junio de 2016, signado por la Directora del Hospital General de Ciudad Valles, mediante el cual remitió informe médico sobre la atención que recibió V1 en el Hospital General, en el cual detalló lo siguiente:

10.1 Que V1 acudió al hospital el 21 de mayo de 2016, a las 15:15 horas, quien no llevó control prenatal en ese nosocomio, y ese día presentó un ultrasonido que se realizó en una clínica particular, que de acuerdo a los resultados se descartó retraso en el crecimiento ya que se observó discrepancia entre las semanas de gestación por fecha de última menstruación y fotometría; que se le realizó ultrasonido para corroborar nivel de líquido amniótico, observándose normal de acuerdo a las 36.5 semanas de gestación cursadas, sin signos de alarma.

10.2 Que el 23 de mayo de 2016, a las 16:39 horas V1 acudió al área de Módulo Mater del Hospital General, donde fue atendida por una doctora y un ginecólogo, ordenando su ingreso con diagnóstico de primer embarazo intrauterino de 37 semanas de gestación por ultrasonido con retraso de crecimiento intrauterino, sin presentar labor de parto.

10.3 Que el 24 de mayo de 2016, a las 07:15 horas, al ser valorada se reportó que V1 no presentaba perdidas transvaginales, sin vasoespamos, con frecuencia cardiaca fetal de 148 latidos por minuto, con inicio de dilatación, producto encajado, prueba sin estrés del día anterior normal, laboratorios normales; se ordenó ultrasonido con flujo Doppler para valorar inducción de trabajo de parto, por lo que se solicitó servicio subrogado en una clínica particular.

10.4 Que a las 18:10 horas con diez minutos, al ser valorada por personal médico del Hospital General, así como los resultados del ultrasonido con flujo Doppler, se reportó hallazgo de muerte fetal intrauterina; óbito de 34.4 semanas de gestación con peso 2,417 gramos, no encontrando frecuencia fetal, por lo que se practicó cesárea, sin datos de maceración ni alteraciones macroscópicas, pero se alumbra placenta teñida de meconio y disminuida de tamaño por lo que se envía a patología para su estudio.

10.5 Que V1 no llevó su control prenatal en el Hospital General, ya que acudió por hallazgo de ultrasonido practicado en clínica particular, donde no existía correlación de la fecha de parto determinada por la última menstruación y la observada por fotometría, sin trabajo de parto, ni datos de alarma; por lo que de acuerdo a la Guía Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de la Restricción del Crecimiento Intrauterino, se requirió ultrasonido por Doppler, se le practicó a V1 y se encontraba en proceso de clasificación; sin embargo ocurrió la muerte fetal, que pudo ser por retardo del crecimiento, disminución del líquido amniótico, corioamioititis o control prenatal inadecuado.

10.6 Que en el caso se realizó estudio patológico de la placenta, en la que se detectó placenta Monocorial, Monoamniótica, pequeña de 350 gramos, con infarto placentario e infección placentaria.

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

11.1 Triage obstétrico de 15 de enero de 2016, que se realizó a V1 al presentar sangrado y dolor abdominal leve, siendo atendida en el Hospital General de Ciudad Valles, San Luis Potosí.

11.2 Folio de Revisión Módulo Mater, Servicio de Ginecología y Obstetricia de 15 de enero de 2016, elaborado por personal médico en la que asentó que la víctima acudió al presentar 22.3 semanas de gestación por fecha de última regla, con expulsión de coágulos de sangre.

5

11.3 Ultrasonido de 8 de abril de 2016, que se realizó en el Hospital General de Ciudad Valles a V1, en el que se encontró embarazo único vivo con datos de 30.5 semanas de gestación, peso aproximado de 1682 gramos, que discrepa casi 4 semanas la edad gestacional entre la fecha probable de parto por la fecha de última menstruación y por fetometría.

11.4 Folio de revisión Módulo Mater, Servicio de Ginecología y Obstetricia de 21 de mayo de 2016, en el que el médico ginecológico señaló que a las 15:15 horas, V1 acudió a valoración por reporte de Ultrasonido de ese día, no presentó datos de vasoespamos, se diagnosticó embarazo de 36.5 semanas por ultrasonido, se egresa con cita abierta en caso de datos de alarma.

11.5 Ultrasonido de 21 de mayo de 2016, que se practicó a V1, en el que se encontró estructura fetal de apariencia ecografía normal, placenta grado II de Madurez, producto único vivo, intrauterino, presentación cefálico longitudinal

derecho, con movimientos fetales y frecuencia cardiaca presente, oligoamnios, fetometría de 33 semanas por ultrasonido.

11.6 Triage obstétrico de 23 de mayo de 2016, que se realizó a V1 al acudir al Hospital General de Ciudad Valles a las 14:32 horas en el que se asentó que la víctima presentó dolor abdominal leve sin pérdidas transvaginales.

11.7 Hoja de Revaloración del Módulo Mater, Servicio de Ginecología y Obstetricia, de 23 de mayo de 2016, se asentó que a las 16:39 horas V1 acudió a atención médica, de acuerdo a los resultados de ultrasonido realizado el 21 de mayo de ese año, y el médico ginecólogo decide su ingreso.

11.8 Historia clínica de Ginecología Obstetricia de 23 de mayo de 2016, en la que personal médico anotó que V1 acudió a revaloración con diagnóstico de 37 semanas de gestación por ultrasonido, sin mayores datos.

6

11.9 Triage obstétrico de 24 de mayo de 2016, que se realizó a V1 al acudir al Hospital General de Ciudad Valles sin hora de atención en el que se asentó que la víctima negó pérdida vaginal y sangrado.

11.10 Nota médica, de 24 de mayo de 2016, que elaboró personal médico en la que asentó que a las 07:15 horas, V1 se encontró asintomática y con el producto de embarazo encajado de un lado, por lo que se ordenó realizar ultrasonido con flujo de Doppler para valorar conducción de trabajo de parto.

11.11 Nota de Trabajo Social de 24 de mayo de 2016, en la que se asentó la solicitud de ultrasonido Doppler, programándose cita a V1 para las 15:30 horas.

11.12 Nota médica, de 24 de mayo de 2016 en la que personal médico anotó que a las 18:10 horas se solicitó que acudiera a valorar ultrasonido de V1, cuyo resultado arrojó óbito fetal de 34 semanas, se realizó rastreo con ultrasonido de ese hospital y se corrobora que no hay frecuencia cardiaca fetal.

11.13 Nota médica, de 24 de mayo de 2016, realizada a las 18:50 horas por personal médico del Hospital General de Ciudad Valles, quien anotó que se programó cesárea a V1 para extracción de producto óbito.

11.14 Nota post-quirúrgica de 24 de mayo de 2016, suscrita por un médico del Hospital General de Ciudad Valles, en la cual asienta que las 20:30 horas, se realizó cesárea a V1, obteniéndose recién nacido óbito, se encuentra líquido amniótico normal y se envía placenta a patología.

11.15 Hoja de Alta de 24 de mayo de 2016, en la que se asentó que V1 ingresó el 23 de mayo de ese año con diagnóstico de embarazo de 37 semanas de gestación con probable retraso en crecimiento, a quien se le realizó estudio Doppler y se reporta embarazo de 34 semanas de gestación más óbito.

7

11.16 Estudio de Ultrasonido Doppler Obstétrico de 24 de mayo de 2016, en el que se reportó hallazgos en relación a la muerte fetal intrauterina/óbito de 34.4 semanas con peso de 2, 417 gramos.

11.17 Certificado de Muerte fetal número 130060280, de 24 de mayo de 2016, expedido por Secretaria de Salud en el que se asentó como causa de muerte fetal del producto de V1, hipoxia intrauterina y retraso del crecimiento intrauterino.

12. Acta circunstanciada de 22 de junio de 2016, en la que personal de este Organismo hizo constar la comparecencia de Q1, quien manifestó que el 20 de mayo del presente año, acompañó a V1 al Hospital General de Ciudad Valles, donde le informaron que necesitaba realizarse un ultrasonido ya que tenía poco líquido amniótico y su bebé estaba muy pequeño. Que al día siguiente acompañó a V1 al citado nosocomio donde le dieron un pase para acudir a un hospital particular para que se le realizara el ultrasonido y regreso al Hospital General donde fue la atendió un ginecólogo, quien le dijo que regresara en dos días.

13. Opinión Médica de 30 de agosto de 2016, que realizó un Perito Especialista en Ginecología-Obstetricia y Medicina Materno Fetal, del Colegio de la Profesión Médica de San Luis Potosí, quien concluye que las acciones y práctica médica realizada por personal médico del Hospital General de Ciudad Valles no se efectuaron en forma adecuada, ya que no se detectó desde consulta prenatal la patología del embarazo, el retraso en crecimiento intrauterino, ni se envió en forma oportuna a Hospital de segundo nivel. No se realizó diagnóstico en forma oportuna, ya que ocurrió muerte fetal antes que se realizara ultrasonido con flujo Doppler, que debió realizarse el 20 de mayo de 2016 y se programó hasta el 24 de ese mes y año.

13.1 La opinión médica señala que no se realizó valoración en forma completa, se le solicitó ultrasonido obstétrico, pero sin flujo Doppler el 20 de mayo de 2016. La atención no fue eficaz los resultados de Muerte Fetal con peso de 2,120 gramos y anhidramnios lo demostraron. Las omisiones fueron diagnóstico de retraso de crecimiento intrauterino, no se estableció de primera intención en consulta prenatal ni cuando acudió a Urgencias de Maternidad en el Hospital General, así como la tardanza en programar Ultrasonido con flujo Doppler, trayendo como consecuencia acciones en forma tardía y resultados negativos.

13.2 Se advierte que las omisiones o acciones en agravio de V1 si eran previsibles para la ciencia médica, si desde control prenatal se detecta el Retraso de Crecimiento Intrauterino y se canaliza a tiempo al Hospital General, lo que permite una intervención adecuada, y que la paciente saliera con un producto vivo.

14. Oficio 2VOF-408/16, de 11 de octubre de 2016, por el cual este Organismo Autónomo dio vista de los hechos de la presente queja al Órgano Interno de Control de Servicios de Salud del Estado.

15. Acta circunstanciada de 28 de diciembre de 2016, en la que personal de este Organismo hace constar comparecencia de V1, quien con relación a los hechos de queja precisó que el 20 de mayo de 2016, fue referida del Centro de Salud Juan

Sarabia al Hospital General de Ciudad Valles, misma que entregó en el Módulo Mater del citado hospital, donde personal de trabajo social le tramitó la solicitud de estudios de ultrasonido para realizarse en una clínica particular el 21 de mayo de 2016, los cuales fueron pagados por parte del Seguro Popular, la cual agregó a su queja.

16. Acta Circunstanciada de 28 de diciembre de 2016, en la que personal de este Organismo hace constar entrevista con personal de Clínica Particular 1, quien informó que el 21 de mayo de 2016, V1 fue atendida en ese nosocomio para la realización de un estudio de ultrasonido quien presentó una hoja de solicitud expedida por personal Directivo del Hospital General de Ciudad Valles, que de los resultados se obtuvieron datos de que el producto de la gestación presentaba retraso del crecimiento intrauterino y baja reserva fetal, que los resultados fueron entregados a la víctima para entregarlos al médico tratante en el Hospital General.

9

III. SITUACIÓN JURÍDICA

17. El 20 de mayo de 2016, V1 acudió al Hospital General de Ciudad Valles, San Luis Potosí por presentar abundante flujo vaginal con motivo de su embarazo y al ser valorada, se ordenó la realización de un ultrasonido, pero el hospital no contaba con el equipo necesario, por lo que se le entregó un pase para acudir a una clínica particular.

18. La víctima manifestó que el 21 de mayo de 2016, después de realizarse el ultrasonido regresó al Hospital General de Ciudad Valles donde fue atendido por un médico ginecólogo quien le indicó que el ultrasonido estaba incorrecto que no tenía 33 semanas de gestación como lo decía el estudio, que el bebé se encontraba bien y regresara a los dos días.

19. El 23 de mayo de 2016, V1 regresó al Hospital General de Ciudad Valles, siendo valorada por una médica general quien la canalizó con un médico ginecólogo quien, al revisar el ultrasonido del 21 de mayo, decide su ingreso. La

victima señaló que al día siguiente 24 de mayo fue atendida por un médico quien ordenó se le realizara un ultrasonido con flujo Doppler para valorar conducción de trabajo de parto, el cual al ser realizado arrojó como resultado óbito fetal de 34 semanas, lo cual fue corroborado por personal médico del Hospital General de Ciudad Valles.

20. En el certificado de muerte fetal de 24 de mayo de 2016, se asentó que la causa de muerte fetal fue por hipoxia intrauterina y retraso del crecimiento intrauterino.

21. 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.

10

IV. OBSERVACIONES

22. Del análisis lógico jurídico realizado al conjunto de evidencias que integran el expediente de queja 2VQU-197/2016, 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 Centro de Salud "Juan Sarabia" y del Hospital General de Ciudad Valles, San Luis Potosí, derivado de la inadecuada atención médica, así como la irregular integración del expediente clínico de la víctima, en atención a las siguientes consideraciones:

23. De los elementos de convicción que se recabaron en la investigación del presente asunto, se observó que el 20 de mayo de 2016, V1 acudió al Centro de Salud "Juan Sarabia" y al Hospital General de Ciudad Valles al presentar abundante flujo con motivo de su embarazo, quien al ser atendida en el Hospital General se ordenó la realización de un ultrasonido el cual fue gestionado a través

del seguro popular y enviada a una clínica particular, una vez realizado regresó al Hospital General donde un médico ginecólogo le indicó que su bebé estaba bien y regresara a los dos días, aun y cuando los resultados de ultrasonido señalaban descartar retraso del crecimiento intrauterino.

24. En este sentido, la víctima manifestó que a las 11:00 horas del 23 de mayo de 2016, acudió al Hospital General de Ciudad Valles, San Luis Potosí, donde la médica general que la atendió le indicó que su bebé estaba muy pequeño para la edad gestacional, ya que se reportaba en el ultrasonido una edad por fetometría de 33 semanas de gestación, de 40.4 semanas de gestación por fecha de última regla, y en el expediente clínico se asentó que la fecha era de 36.5 semanas, por lo que se decide su ingreso hospitalario.

25. La víctima también precisó que, hasta el 24 de mayo de 2016, a 11:00 horas, personal médico del Hospital General de Ciudad Valles, le informó que presentaba un embarazo de 37.1 semanas de gestación, más probable retraso de crecimiento intrauterino, cérvix íntegro, sin actividad uterina por lo que se le realizaría un ultrasonido con flujo de Doppler el cual fue efectuado a las 15:30 horas de ese día, para determinar resolución de embarazo; sin embargo de los resultados del ultrasonido se reportó óbito fetal de 34 semanas de gestación, lo cual fue confirmado por personal médico del Hospital General quien asentó en nota médica que ya no se registraba frecuencia cardíaca fetal, determinándose muerte prenatal.

26. V1 precisó que autorizó la práctica de una cesárea de la que se obtuvo producto óbito masculino con peso de 2,120 gramos, que de acuerdo al certificado de muerte fetal su bebé fue afectado por hipoxia intrauterina y retraso del crecimiento intrauterino, y negó la realización de la autopsia.

27. Ahora bien, del Informe rendido por la Directora del Hospital General de Ciudad Valles, resalta que V1 fue atendida el 21, 23 y 24 de mayo de 2016, quien no llevó su control prenatal en ese nosocomio, que el 21 de mayo acudió al

presentar un ultrasonido que realizó en una clínica particular, que se le brindó la atención médica por parte de un médico ginecólogo quien de acuerdo a los resultados del ultrasonido como de valoración médica descartó retraso en el crecimiento intrauterino ya que se observó discrepancia entre las semanas de gestación por fecha de última menstruación y fotometría.

28. No obstante lo anterior, de acuerdo con la evidencia presentada por la víctima, así como del expediente clínico de V1 que se integró en el Hospital General de Ciudad Valles, se observó que fue atendida los días 20, 21, 23 y 24 de mayo de 2016, por personal médico, que el 20 de ese mes y año; que V1 presentó abundante flujo vaginal con motivo de su embarazo por lo que se ordenó la realización de un ultrasonido en una clínica particular, como se acreditó de la solicitud expedida por médico y jefe de departamento del Hospital General de Ciudad Valles en la que se señaló que los estudios fueron solicitados en esa fecha.

12

29. En este sentido, Q1, madre de V1, manifestó que acompañó a su hija al Hospital General de Ciudad Valles como a la clínica particular donde se le practicó un ultrasonido. Lo anterior, se relaciona con la información que se obtuvo de personal de la clínica quien corroboró que la paciente fue atendida derivado de una solicitud realizada por el Hospital General y que los resultados del ultrasonido fueron entregados a V1.

30. Además de lo anterior, de la revisión que se realizó al expediente clínico que se integró a V1, en el Hospital General de Ciudad Valles, se destaca que el 21 de mayo de 2016, fue valorada a las 15:15 horas por una doctora advirtiéndose que, de acuerdo al informe de la Directora del Hospital, la víctima fue atendida posteriormente por un médico ginecólogo adscrito al Módulo Mater de ese Hospital, quien en la nota médica precisó que V1 egresaba con cita en dos días, o cita abierta en caso de alarma.

31. En la nota médica realizada el 23 de mayo de 2016, por una doctora general se destaca que V1 acudió a revaloración médica, quien no presentaba actividad uterina, con movimientos fetales presentes, que los estudios de ultrasonido realizados el 21 de mayo los reportó al ginecólogo quien ordenó ingreso de paciente con diagnóstico de 37 semanas de gestación por ultrasonido y de 40.5 semanas de gestación por fecha de última regla y retraso de crecimiento intrauterino, sin que exista otra nota médica realizada en la misma fecha.

32. En este orden de ideas, en la nota médica del 24 de mayo de 2016, a las 07:15 horas se asentó que la víctima continuaba sin actividad uterina, ni pérdidas transvaginales, por lo que personal médico solicitó ultrasonido con flujo Doppler para valorar conducción de trabajo de parto, el cual fue realizado en una clínica particular a las 15:30 horas, de cuya revisión se encontró muerte fetal confirmándose que el producto del embarazo no registraba frecuencia cardíaca fetal.

13

33. Es de tener en consideración que de la opinión médica que sobre el caso emitió un Perito Especialista en Ginecología-Obstetricia y Medicina Materno Fetal, del Colegio de la Profesión Médica del Estado de San Luis Potosí, concluyó que la práctica médica aplicada a V1, no fue adecuada, oportuna, ni eficaz, ya que no se detectó desde la atención prenatal la patología del embarazo el retraso del crecimiento intrauterino, no se envió de forma oportuna a un Hospital de Segundo Nivel de atención médica, que se óbito el producto del embarazo antes de que se realizara el ultrasonido con flujo Doppler ya que debió realizarse desde el 20 de mayo de 2016, y este fue realizado cuatro días después.

34. En este sentido, en la citada opinión médica se subraya que no se realizó valoración médica completa, que el primer ultrasonido se solicita sin flujo Doppler, que las omisiones fueron diagnóstico de retraso de crecimiento intrauterino el cual no se estableció desde consulta prenatal ni cuando acudió por primera vez a urgencias del Hospital General de Ciudad Valles.

35. Por lo anterior, se advierte que la práctica médica aplicada a V1 fue deficiente debido al inadecuado cumplimiento de la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Atención de la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido, por falta de calidad de la atención, oportunidad de la misma, accesibilidad, oportunidad en la atención, concurrencia de la atención médica en el momento que se requiera y la realización de lo que se debe hacer con la secuencia adecuada.

36. En ese sentido, de acuerdo con la evidencia y la opinión médica que al respecto se recabó, quedó acreditado la relación causa efecto entre la inadecuada atención médica de V1, ya que la citada opinión médica señala que las omisiones en agravio de V1 si eran previsibles para la ciencia médica si desde control prenatal se hubiera detectado el Retraso de Crecimiento Intrauterino y se canalizara al Hospital General lo que permite una intervención adecuada y que la paciente saliera con un producto vivo.

14

37. Otro aspecto a destacar es que se evidenció que el Hospital General de Ciudad Valles, al momento de la atención de V1, no contó con los recursos ultrasonografía con Doppler de la manera en que se requería con oportunidad, como lo destaca la Opinión Médica que al respecto realizó el Colegio de la Profesión Médica del Estado.

38. 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.

39. De esta manera, el Estado debe tener un sistema capaz de proteger y velar por el restablecimiento de la salud, ya que la efectividad del derecho a la protección de la salud demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad. Al respecto, la disponibilidad en los servicios de salud implica garantizar la suficiencia de los servicios, instalaciones, mecanismos, procedimientos, o cualquier otro medio por el cual se materializa un derecho, lo que en el presente caso no ocurrió.

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

15

41. La Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales reconoce a la salud como un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos, de ahí que todo ser humano tenga derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. Además, señalar que como estándares la Disponibilidad, que consiste en crear la infraestructura de salud necesaria y se cuenten con medicamentos; Accesibilidad, que la infraestructura y los servicios de salud sean accesibles a todas las personas, accesibilidad física, económica y a la información; aceptabilidad, que la infraestructura de salud esté de acuerdo con la cultura y las prácticas de las comunidades, y la calidad, que la infraestructura de salud sea científica y médicamente apropiada.

42. 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 no se aprecian las notas medicas realizadas los días 21 y 23 de mayo de

2016, por médicos ginecólogos, ya que sus indicaciones fueron anotadas por las doctoras de primer contacto y no obra en el expediente la solicitud del primer ultrasonido del 20 de mayo de 2016.

43. En lo concerniente a la integración del expediente clínico, no se cumplió con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico, que en sus numerales 4.4, 4.6, 5.1 6.2 y 7.2 establecen que los prestadores de servicios de atención médica de los establecimientos públicos estarán obligados a integrar y conservar el expediente clínico, que deberá contener las notas medicas de evolución, la cual deberá elaborarla el médico cada vez que proporciona atención al paciente, lo cual en el caso no aconteció.

44. 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.

16

45. 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.

46. 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.

47. 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.

48. Por tanto, debe ser motivo de investigación administrativa para deslindar las responsabilidades del personal médico que atendieron a V1, destacándose además que en la opinión elaborada por el Perito Especialista en Ginecología y Obstetricia, y Medicina Materno Fetal, se advierte que la atención que se proporcionó a la víctima no fue la adecuada, oportuna y eficaz lo que tuvo como consecuencia el resultado de la muerte fetal, que las omisiones pudieron ser previsibles para la ciencia médica, por lo que se evidenció un caso de violencia obstétrica como lo señala el artículo 3, fracción IX, inciso b) de la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia en el Estado de San Luis Potosí.

17

49. Asimismo, la actuación del personal médico a cargo del cuidado y atención médica de V1, fue inadecuada ya que en su calidad de garantes de la salud omitieron brindarle la atención correspondiente, en términos de lo dispuesto por los artículos 5 inciso A fracciones I y II, 14 fracción I, 23 fracción III, 51, 289 de la Ley de Salud del Estado de San Luis Potosí, artículo 7 del Reglamento de la Ley Estatal de Salud, los cuales señalan que la atención materno infantil tienen carácter prioritario, que incluye la atención de la mujer en el embarazo y parto, que la atención médica debe ser expedita y de calidad, preferentemente para grupos vulnerables en los que se encuentran las mujeres en periodo de gestación.

50. En el caso, se dejaron de observar el contenido de los artículos 4, párrafos cuarto y octavo, 18, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados

Unidos Mexicanos; 1, 2, fracciones I, II y V; 3, fracciones II y IV; 23, 27, fracciones III, IV y X; 32, 33, 51, 61, fracciones I y II; 61 Bis y 63 de la Ley General de Salud; así como el contenido de las Normas Oficiales Mexicanas NOM-007-SSA2-2016 Atención de la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio y de la persona Recién Nacida; NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico.

51. 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.

18

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, 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.

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 las autoridades impulsen la capacitación a sus servidores públicos orientada hacia el correcto ejercicio del servicio y el respeto de los derechos humanos, en materia de protección a la salud, enfatizando el conocimiento, manejo y observancia de las Normas Oficiales Mexicanas, especialmente sobre la Atención de la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del expediente clínico.

19

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

V. RECOMENDACIONES

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

SEGUNDA. Colabore ampliamente con este Organismo Estatal, en el seguimiento e inscripción de V1 en el Registro Estatal de Víctimas, previsto en la Ley de Víctimas para el Estado de San Luis Potosí, y proporcione la información que se le solicite y tenga a su alcance.

TERCERA. Gire las instrucciones que corresponda para que se elabore un protocolo de atención en el Hospital General de Ciudad Valles para el manejo de retraso de crecimiento intrauterino.

CUARTA. Gire sus instrucciones, a efecto de que, en el Hospital General de Ciudad Valles, se cuente con los recursos de ultrasonografía con Doppler y con personal capacitado en la realización de los estudios, y envíe a esta Comisión las constancias de cumplimiento.

QUINTA. Gire sus instrucciones, a efecto de que se de vista al Órgano Interno del Control, para que se inicie procedimiento administrativo de 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.

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

SEPTIMA. Gire sus instrucciones para que se imparta a los servidores públicos del Hospital General de Ciudad Valles y Centros de Salud de Ciudad Valles, un Programa de Capacitación en materia de Derechos Humanos y sus implicaciones en la protección a la salud, enfatizando el conocimiento, manejo y observancia de

las Normas Oficiales Mexicanas, sobre el expediente clínico y Atención a la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio, 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.

21

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