

RECOMENDACIÓN No. 20 /2013

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

San Luis Potosí, S.L.P., 7 de Octubre de 2013.

DR. FRANCISCO JAVIER POSADAS ROBLEDO
DIRECTOR GENERAL DE SERVICIOS DE
SALUD EN EL ESTADO DE SAN LUIS POTOSÍ

LIC. MIGUEL ÁNGEL GARCÍA COVARRUBIAS
PROCURADOR GENERAL DE JUSTICIA
EN EL ESTADO DE SAN LUIS POTOSÍ

1

Distinguidos Señores:

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, y en los artículos 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, ha examinado las evidencias contenidas en el expediente de queja 2VQU-0072/2010 sobre el caso de violaciones a derechos humanos cometidas en agravio de V1.

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 pondrá en conocimiento de las autoridades recomendadas a través de un

listado adjunto en que se describe el significado de las claves utilizadas, con el compromiso de que dicten las medidas de protección correspondiente, y visto los siguientes:

I. HECHOS

El 13 de octubre de 2010, D1, en su carácter de representante de la Asociación Civil Visión Mundial A.C., solicitó la intervención de este Organismo Estatal ya que V1, menor de edad, había fallecido al parecer como consecuencia de la omisión médica por parte de servidores públicos adscritos a Hospitales ubicados en los municipios de Matlapa, Axtla de Terrazas y Ciudad Valles, San Luis Potosí.

Por su parte, en la queja que presentó ante esta Comisión Estatal, Q1 manifestó que el 11 de septiembre de 2010, V1 su hijo, fue a practicar fútbol a la comunidad de Xochititla del municipio de Matlapa, y al estar jugando sufrió una caída la cual le causó una lesión en el hombro y uno de sus tobillos, motivo por el cual, el 13 de septiembre lo llevó a la Unidad Médica Familiar de Matlapa.

2

En la citada clínica de Salud le dieron una orden para que le tomaran una radiografía de hombro y tobillo, a efecto de descartar fractura o dislocación, dirigidas al Hospital ubicado en Axtla de Terrazas; una vez que fueron tomadas regresó a Matlapa, donde le recetaron analgésicos y desinflamatorios, y lo enviaron al Hospital General de Ciudad Valles, San Luis Potosí, donde fue valorado, revisaron las radiografías y los doctores le dijeron que no tenía nada y lo dieron de alta.

Para el 15 de septiembre de 2010, V1 amaneció con problemas de respiración por lo que nuevamente lo llevó a la Unidad Médica de Matlapa, lugar donde falleció por trombo embolia pulmonar y coagulación intravascular diseminada.

Para la investigación de la queja, este Organismo Estatal radicó el expediente 2VQU-0072/2010 dentro del cual se recopilaron datos y documentos relacionados

con los hechos, se solicitó información a la autoridad señalada como responsable, y se recabaron opiniones médicas, cuya valoración es objeto de análisis en el capítulo de Observaciones de la presente.

II. EVIDENCIAS

1. Escrito de Queja signado por D1, de 11 de octubre de 2010, a través del cual solicitó la intervención de esta Comisión Estatal para investigar la posible violación de derechos humanos que derivó en el fallecimiento de V1, atribuibles a servidores públicos adscritos a la Unidad Médica de Matlapa y el Hospital General de Ciudad Valles, San Luis Potosí.

2. Queja que presentó Q1 el 30 de noviembre de 2010, en la cual refirió los hechos respecto de las omisiones en la atención médica que recibió V1, que generaron su fallecimiento, a la que agregó los siguientes documentos:

2.1. Solicitud de Estudios Radiográficos, de 13 de septiembre de 2010, suscritos por la doctora encargada de la Unidad Médica Familiar de Matlapa, por la que pide se practique a V1, toma de AP y lateral en hombro y tobillo para descartar probable fractura o dislocación.

2.2. Receta Médica de 13 de septiembre de 2010, signada por la doctora encargada de la Unidad Médica Familiar de Matlapa, dando a V1 como tratamiento Diclofenaco tabletas 1 cada 12 horas por 5 días, y Paracetamol tabletas, 500 mg 1 cada 8 horas por 4 días.

2.3. Ficha de Egreso al Hospital General de Ciudad Valles, de 14 de septiembre de 2010, a nombre de V1, marcada con el Folio 2405106418, en el cual se advierte que solicitó el servicio de urgencias.

2.4. Acta de Defunción con número de control 157155, de la Oficialía del Registro Civil de Matlapa, San Luis Potosí, en la que se registra la defunción de V1 el 15 de

septiembre de 2010, 13:30 horas, a consecuencia de trombo embolia pulmonar y coagulación intravascular diseminada.

2.5. Certificado de Defunción de V1, marcado con el Folio 100366372, de 15 de septiembre de 2010, en el cual se asienta que la causa del fallecimiento fue tromboembolia pulmonar y coagulación intravascular diseminada.

3. Oficio 000064 de 7 de enero de 2011, signado por el Director del Hospital General de Ciudad Valles, quien informó que el 13 de septiembre de 2010, a las 22:45 horas, V1 fue atendido AR2, Médico Urgenciólogo, quien le diagnosticó fractura luxación clavícula izquierda, esguince de tobillo derecho, lo valoró AR1, Médico Traumatólogo, y lo consignó con arcos de movilidad miembros torácico y tobillo sin complicaciones, egresando por su propio pie. A su informe agregó:

4

3.1. Nota Médica de 13 de septiembre de 2010, en la que se advierte el ingreso de V1 al Hospital General de Ciudad Valles, con diagnóstico de fractura de clavícula y esguince de tobillo derecho, así como anotaciones de asistencia y evolución.

3.2. Hoja de Urgencias, de 13 de febrero de 2010, que suscribe AR2, en la que se diagnostica fractura de clavícula izquierda y esguince de tobillo derecho.

3.3. Resultado de Análisis Clínicos practicados a V1, de 14 de septiembre de 2010, signados por el jefe de laboratorio del Hospital General de Ciudad Valles, San Luis Potosí, con resultados elevados en leucocitos, neutrófilos, bajo porcentaje en monocitos y linfocitos.

3.4. Hoja de Referencia, folio 14357, de 13 de septiembre de 2010, que signa un especialista en Ortopedia, en la cual se asienta que de la revisión de la placa de rayos X, se advierte fractura en tercio distal y placa de pie derecho sin fractura.

3.5. Hoja de Recopilación de Interpretaciones Diagnósticas de V1, marcada con el Folio 14017, de 14 de septiembre de 2010.

4. Oficio 004/2011, de 12 de enero de 2011, por el cual la Directora del Hospital Básico Comunitario de Axtla de Terrazas, informó que el 13 de septiembre de 2010, se otorgó servicio de radiografía a V1, y que permaneció en ese lugar de las 14:10 a las 14:20 horas.

5. Oficio 075, de 18 de enero de 2011, por el que la Jefa de la Jurisdicción Sanitaria No. VI, en Tamazunchale, San Luis Potosí, rindió un informe cronológico de la atención médica que se otorgó a V1, a saber:

5.1. Unidad de Medicina Familiar de Matlapa, 11:29 horas del 13 de septiembre de 2010, atención a V1, campos pulmonares bien ventilados sin estertores ni sibilancias, se solicitó radiografía de hombro izquierdo y pie derecho.

5.2. Hospital Básico Comunitario de Axtla, 14:10 horas del 13 de septiembre de 2010, se le toman a V1 las dos radiografías solicitadas.

5.3. Unidad de Medicina Familiar de Matlapa, 13 de septiembre de 2010, hoja de referencia Folio 14357, envío de V1 para valoración al Hospital General de Ciudad Valles, por ortopedia valorada como urgencia por fractura de clavícula izquierda tercia distal y tobillo derecho sin datos de fractura.

5.4 Hospital General de Ciudad Valles, 22:45 horas del 13 de septiembre de 2010, V1 fue recibido por AR2, Médico Urgenciólogo, quien le indica paracetamol tabletas y ketorolaco única dosis. Se le realizan pruebas de laboratorio; egresa del Hospital por mejoría el 14 de septiembre.

5.5. Unidad Médica Familiar de Matlapa, 15 de septiembre de 2010, 12:45 horas, V1 ingresa con taquicardia e insuficiencia respiratoria, palidez de tegumentos, sin respuesta a estímulos dolorosos, se aplica oxígeno, presencia de petequias sobre mentón, mejillas y tórax, cae en paro cardiorespiratorio y se intuba, falleciendo a las 13:30 horas, choque hipovolémico y sangrado de tubo digestivo.

6. Dictamen Pericial de 20 de marzo de 2011, emitido por un médico con especialidad en Neurocirugía, en el cual concluye que fue irregular que se diera de alta a V1 en el Hospital General de Ciudad Valles, ya que registró examen general de orina anormal, datos de disfunción renal y hepática; que hubo omisión para cumplir con la Norma oficial Mexicana sobre el Expediente Clínico; que el médico legista de la Procuraduría General de justicia del Estado no realizó una autopsia completa, y que la Agente del Ministerio Público que tomó conocimiento del caso no ordenó una autopsia exhaustiva.

7. Ampliación de informe de 26 de abril de 2011, que remite la Directora del Hospital General de Ciudad Valles, en el cual comunica que el Jefe del Servicio de Urgencias atendió a V1, y quien signó su alta hospitalaria fue AR1.

8. Acta circunstanciada de 11 de octubre de 2011, en la que personal de esta Comisión Estatal hace constar la comparecencia de Q1 y Q2, quienes señalaron que no contaban con documentos para acreditar los gastos médicos y funerarios que erogaron con motivo del deceso de V1, y solicitaron se prosiga la investigación del asunto para determinar la violación a derechos humanos y en su oportunidad se sancione a los probables responsables.

9. Acta circunstanciada de 8 de noviembre de 2011, en la que personal de este Organismo Estatal hace constar que se constituyó en la Unidad Médico Familiar de Matlapa, recabó diversas copias fotostáticas de Expediente Clínico que se integró a V1, del que destaca la nota de canalización que hace un médico particular, de 15 de septiembre de 2010, por padecimiento agudizado, hipotensión severa, secundaria a infección de vías respiratorias de etiología a determinar.

10. Oficio 007297 de 5 de diciembre de 2011, por el cual la Directora del Hospital General de Ciudad Valles, remite copia certificada del Expediente Clínico que se integró a V1 en el citado Hospital.



COMISIÓN ESTATAL DE
DERECHOS HUMANOS
SAN LUIS POTOSÍ

2013, Año del 150 Aniversario de San Luis Potosí, como
Capital de los Estados Unidos Mexicanos

11. Oficio 48/2012, de 25 de enero de 2012, a través del cual el Subprocurador Regional de Justicia para la Huasteca Sur, envía copia certificada de la Averiguación Previa 1, iniciada con motivo de los hechos en que perdiera la vida V1, de la que destacan las siguientes constancias:

11.1. Fe ministerial del levantamiento del cadáver de V1, de 15 de septiembre de 2010 a las 15:45 horas, en la Unidad Médico Familiar de Matlapa, por el Agente del Ministerio Público asociado de Médico Legista y Perito Criminalista.

11.2. Diligencia ministerial de 15 de septiembre de 2010, en la que se asentó que como resultado de la necropsia que se practicó a V1, el Médico Legista señaló como causa probable del fallecimiento trombo embolia pulmonar.

11.3. Certificado de defunción 100366372 de 15 de septiembre de 2010, expedido por el Médico de la Jurisdicción Sanitaria No. VI Sede Tamazunchale, del cual se advierte que V1 falleció a las 13:30 horas, por tromboembolia pulmonar y coagulación intravascular diseminada.

11.4. Oficio 176/PMEZHS/MATLAPA/2010, de 15 de septiembre de 2010, por el cual el Jefe de Grupo de la Policía Ministerial del Estado, Zona Huasteca Sur, rinde un informe sobre los hechos en que perdiera la vida V1.

12. Oficio 2VSI-29/12, de 27 de enero de 2012, por el que se solicita colaboración al Comisionado Estatal de Arbitraje Médico, a efecto de que emita opinión médica sobre la atención que se otorgó a V1.

13. Oficio 2VSI-140/12, de 17 de mayo de 2012, por el que se solicita colaboración al Presidente del Colegio de la Profesión Médica del Estado de San Luis Potosí, a efecto de que emita opinión médica sobre la atención que se otorgó a V1.

14. Oficio 2VSI-0022/13, de 27 de febrero de 2013, por el que se solicita colaboración a la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, a efecto de que emita opinión médica respecto de la atención que se otorgó a V1.

15. Ampliación de información de 18 de abril de 2013, que proporciona la Jefa de Jurisdicción Sanitaria número VI, con sede en Tamazunchale, San Luis Potosí, a través de la cual presenta tres radiografías que se tomaron a V1.

16. Oficio CNDH/SVG/110/20134, de 28 de mayo de 2013, por el cual el Segundo Visitador General de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos remite la Opinión Médica CDHEH-VGJ-0945-12, que suscriben dos peritos médicos de ese Organismo Nacional, relacionada con la atención médica que se otorgó a V1, y de cuyas conclusiones se destaca lo siguiente:

16.1. Que la nota médica de traumatología y ortopedia del Hospital General de Ciudad Valles es muy escueta, poco legible y sin datos generales como signos vitales ni los encontrados a la exploración física de V1; tampoco se observaron los datos del médico interconsultante, lo cual incumple con los lineamientos de la NOM 168 SSA para la integración del Expediente Clínico.

16.2. Que AR1, médico del servicio de Traumatología y Ortopedia, no brindó la atención médica adecuada y oportuna, ya que contaba con estudios radiográficos y de laboratorio para apoyar el diagnóstico de fractura de clavícula izquierda, esguince de tobillo así como trastorno metabólico; sin embargo, omitió dar un tratamiento médico acorde al padecimiento que presentaba, omitió integrar un diagnóstico adecuado y se precipitó al darlo de alta. Que el manejo a la fractura debió llevarse con estabilización, inmovilización, ferulización y vigilancia de la lesión ósea.

16.3. Que la realización de la necropsia por parte del médico legista adscrito a la Procuraduría General de Justicia del estado, incurrió en mala práctica e impericia, ya que no cumplió con lo establecido en el Protocolo para la realización de

Necropsia, el cual establece que debe ser completa, minuciosa y exhaustiva, describiendo todos y cada uno de los hallazgos que fundamenten la muerte.

17. Oficio 1VOF-812/13, de 15 de agosto de 2013, por el cual se solicita al Director General de los Servicios de Salud en el Estado, de vista de los presentes hechos al Órgano Interno de Control en esa Dependencia, para que inicie una investigación administrativa, y en su caso, resuelva lo que en derecho proceda.

18. Oficio 977/2013, de 23 de septiembre de 2013, signado por el Agente del Ministerio Público del Fuero Común Investigador adscrito al municipio de Matlapa, mediante el cual remite a este Organismo copias certificadas de la Averiguación Previa 1, precisando que la indagatoria se encuentra en trámite.

19. Oficio 21878, de 23 de septiembre de 2013, signado por el Subdirector de Asuntos Jurídicos de los Servicios de Salud, por el que comunicó que dio vista de los hechos al Contralor Interno de esa dependencia y se dio inicio al Expediente Administrativo 1, a efecto de deslindar responsabilidades.

20. Acta circunstanciada de 25 de septiembre de 2013, en la que personal de este Organismo Estatal hace constar que se realizó llamada telefónica al Agente del Ministerio Público de Matlapa, quien informó que la Averiguación Previa 1 no ha sido resuelta, y la última actuación que consta en la referida indagatoria, data del 10 de enero de 2011.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

Con motivo de una fractura que se ocasionó en un evento deportivo, V1 fue llevado a la Unidad Médica Familiar de Matlapa el 13 de septiembre de 2010, siendo referido al Hospital de Axtla de Terrazas a efecto de que le tomaran radiografías, las que una vez tomadas y con diagnóstico de fractura de clavícula izquierda y esguince de tobillo derecho, fue canalizado para su atención al Hospital General de Ciudad Valles San Luis Potosí.



COMISIÓN ESTATAL DE
DERECHOS HUMANOS
SAN LUIS POTOSÍ

2013, Año del 150 Aniversario de San Luis Potosí, como
Capital de los Estados Unidos Mexicanos

La víctima ingresó al Hospital General de Ciudad Valles a las 22:45 horas del 13 de septiembre de 2010, se le realizó valoración médica en el área de urgencia, se le practicaron estudios de laboratorio de biometría hemática y general de orina, y fue valorado por AR1, Médico Traumatólogo Ortopedista, quien decidió darlo de alta el 14 de septiembre al referirlo asintomático.

La mañana del 15 de septiembre de 2010, estando V1 en su domicilio en la cabecera municipal de Matlapa, presentó complicaciones en su salud y sus familiares decidieron llevarlo de inmediato con un médico particular, quien al valorar el cuadro de afectación respiratoria que presentaba, decidió canalizarlo hacia a la Unidad Médica Familiar de ese municipio.

En esta última Clínica de Salud, V1 fue valorado ya que presentaba taquicardia e insuficiencia respiratoria, cayendo en paro cardiorespiratorio; sin embargo, no respondió satisfactoriamente a las maniobras que le practicaron, por lo que se registró su deceso a las 13:30 horas del 15 de septiembre de 2010.

10

Con motivo de la irregular atención médica que derivó en el fallecimiento de V1, por las omisiones atribuibles a servidores públicos de las mencionadas clínicas de salud, Q1 presentó denuncia la cual se radicó en la Averiguación Previa 1, misma que desde 2010 se encuentra en trámite en la agencia del Ministerio Público con sede en Matlapa, San Luis Potosí.

Por otra parte, este Organismo Estatal protector de los derechos humanos, recibió información de que la Contraloría Interna de la Dirección General de Servicios de Salud, inició el Expediente Administrativo 1. No obstante, no se cuenta con información ni se enviaron constancias relativas al pago de la reparación del daño a los familiares de la víctima.

IV. OBSERVACIONES

Del análisis lógico jurídico realizado al conjunto de evidencias que integraron el expediente de queja 2VQU- 0072/10, en los términos de lo dispuesto en el artículo 127 de la Ley de la Comisión Estatal de Derechos Humanos, se contó con elementos suficientes que permitieron acreditar violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud y acceso a la justicia, en agravio de V1, atribuibles a servidores públicos de la Dirección General de Salud y de la Procuraduría General de Justicia en el Estado, por la inadecuada atención médica, omisiones en la integración del expediente clínico, así como la falta de investigación y determinación de la averiguación previa, en atención a lo siguiente:

El 13 de septiembre de 2010, V1, entonces de 13 años de edad, fue llevado por sus padres a la Unidad de Medicina Familiar de Matlapa, solicitando se le atendiera de una lesión que se produjo cuando practicaba un deporte. Ese mismo día fue enviado para la toma de placas al Hospital ubicado en Axtla de Terrazas, las que una vez tomadas, se le diagnosticó fractura de clavícula izquierda y esguince de tobillo derecho.

Con el diagnóstico anterior, la médico de la Unidad Familiar de Matlapa decide canalizar a V1 al Hospital General de Ciudad Valles, lugar al que ingresó por el área de urgencias a las 22:45 horas del 13 de septiembre de 2010, lo que de acuerdo con la evidencia, AR2, médico de urgencias, lo registró con campos pulmonares bien ventilados, ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, abdomen sin datos patológicos, extremidad superior izquierda con dolor a nivel de clavícula, tobillo derecho sin evidencia de fractura, ordenando pruebas de laboratorio.

La mañana del 14 de septiembre del 2010, V1 fue valorado por AR1, Médico Traumatólogo, quien en su anotación medica consignó que lo encontró con arcos de movilidad de los miembros torácico y tobillo sin ninguna complicación, precisó que en la radiografía no se mencionó lesión ósea y citó como plan de manejo su

alta de traumatología, retiro de vendajes, cita abierta a urgencias y control a su médico, motivo por el cual V1 egresó a las 10:00 horas de ese día del Hospital General de Ciudad Valles.

Sin embargo, según lo manifestaron familiares de la víctima, V1 continuaba con malestares, por lo que la mañana del 15 de septiembre de 2010 lo llevaron con un médico particular de la cabecera municipal de Matlapa, quien al valorarlo lo encontró con hipotensión severa y respiración ruda, secundaria a infección de vías respiratoria de etiologías a determinar, motivo por el cual pidió a los familiares que lo llevaran a la Unidad Médica Familiar ubicada en ese municipio.

De acuerdo con la hoja de evolución de la Unidad Médico Familiar de Matlapa, V1 ingresó a ese lugar a las 12:45 horas del 15 de septiembre de 2010, por el servicio de urgencias, presentando taquicardia e insuficiencia respiratoria, cayó en paro cardio-respiratorio, por lo que iniciaron maniobras de resucitación pulmonar y se le intubó, pero no respondió a los estímulos, registrándose su defunción a las 13 30 horas de ese día, con choque hipovolémico y sangrado de tubo digestivo alto.

12

Por tal motivo, al considerar que no se brindó una atención adecuada a su hijo, Q1 presentó denuncia ante el Agente de Ministerio Público del Fuero Común en Matlapa, San Luis Potosí, quien al respecto radicó la Averiguación Previa 1, dentro de la cual se obtuvo como resultado de la necropsia, que la causa del fallecimiento fue tromboembolia pulmonar y coagulación intravascular diseminada.

Con relación a la atención que se otorgó a V1, en el dictamen que emitió un especialista en neurocirugía, refiere que AR1, Traumatólogo del Hospital General de Ciudad Valles, pasó por alto que la víctima presentaba un dolor desproporcionado a la lesión, que estaba pálido y diaforético, y no dio importancia al resultado patológico del examen general de orina que evidenció daño hepático y renal incipientes, aunado a que lo dio de alta cuando el cuadro clínico era inconsistente, lo cual queda en evidencia que incumplió con su obligación de verificar el real estado de salud de V1.

Por su parte, en la opinión médica que emitieron los peritos de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se señaló que AR1, Médico Traumatólogo, asentó en su nota que no apreció lesión ósea por lo que ordenó su alta y retiro de vendajes, circunstancia por la cual se advierte que no otorgó la atención médica adecuada y oportuna, ya que contaba con estudios radiográficos y de laboratorio para apoyar el diagnóstico de fractura de clavícula izquierda, esquinca de tobillo derecho, y trastorno metabólico, incurriendo en impericia al no integrar un diagnóstico adecuado, precipitación al dar de alta a V1 de manera anticipada, y omisión al no tomar en cuenta los estudios de laboratorio y gabinete, hechos que a la postre generaron en el fallecimiento de la víctima.

En tal sentido, de los informes y evidencias que recabó este Organismo Estatal, el médico responsable de la atención a V1, que tenía a su cargo la valoración de los estudios de laboratorio y gabinete determinar sobre su diagnóstico como paciente en el Hospital General de Ciudad Valles, fue AR1, Médico Traumatólogo, quien además ostentaba el carácter de servidor público al momento en que se suscitaron los hechos.

13

En ese sentido, de la estrecha vinculación entre la evidencia y las opiniones médicas que al respecto se recabaron, queda acreditada la relación causa efecto entre la inadecuada atención médica y el fallecimiento de la víctima y, con ello, la responsabilidad institucional que en materia de derechos humanos es atribuible al entonces servidor público del Hospital General de Ciudad Valles.

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.

La protección a la salud es un derecho humano indispensable para el ejercicio de otros derechos, que debe ser entendido como la posibilidad de las personas a disfrutar de una gama de bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar la calidad en el nivel de vida.

En la Observación General Número 14 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.

De acuerdo con el artículo 3 de la Convención sobre los Derechos del Niño, las autoridades deben de atender el interés superior de la niñez, la salvaguarda de sus derechos del menor y el cuidado de su integridad debe prevalecer sobre cualquier otro interés, lo cual en el presente caso no ocurrió ya que el estándar de calidad de la atención de salud, en su aspecto de su seguridad, exige que se debe minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención o mitigar sus consecuencias.

En otro aspecto, de la evidencia se advirtió que las notas médicas no se encontraban llenadas en debida forma, incluso con ausencia de los nombres de los médicos tratantes así como sus cédulas profesionales, irregularidades que no sólo contravienen la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, sino que además representan un obstáculo para conocer el historial clínico de los pacientes, a fin de deslindar las responsabilidades, vulnerando el derecho que tienen las víctimas y sus familiares a que se conozca la verdad respecto de la atención médica que se les proporcionó en una institución pública de salud, y se consideran irregularidades en las que incurre el personal médico cuando las notas que elaboran se encuentran incompletas, ilegibles o presentan excesos de abreviaturas, no obstante que esos documentos están orientados a dejar constancia de los antecedentes de los usuarios de los servicios médicos.

En este sentido, los peritajes médicos que se allegó este Organismo Estatal, fueron coincidentes en señalar que AR1 y AR2 fueron omisos en el cumplimiento de la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, pues no anotaron su nombre completo y cédula profesional, además de emplear abreviaturas, lo que contraviene la citada normativa oficial. Los documentos en los que se advirtieron estas deficiencias fueron, la nota de urgencias inicial y la nota de valoración por el servicio de traumatología y ortopedia.

En tal sentido, es de considerarse que en el caso no se cumplió con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico, que en sus numerales 5.1, 5.2, y 5.9, establecen que los prestadores de servicios de atención médica de los establecimientos públicos estarán obligados a integrar y conservar el expediente clínico, que debe contener los datos de la institución, y del paciente, y que las notas deberán contener fecha, hora, nombre completo, así como la firma de quien lo elabora.

15

La deficiente integración del expediente clínico, así como la ausencia de normas que regulen esta materia al amparo de normas éticas, constituyen omisiones que deben ser analizadas y valoradas en atención a sus consecuencias, para iniciar una investigación y en su caso, establecer la posible aplicación de responsabilidades administrativas que correspondan.

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.

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.

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.

16

Por lo antes expuesto, se vulneraron los derechos humanos a la protección de la salud y a la vida, contenidos en los artículos 4, párrafos cuarto y octavo, 14, 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; 8, fracciones I y II, 9, y 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica; así como el contenido de las referidas Normas Oficiales Mexicanas NOM-168-SSA1-1998 y NOM-004-SSA3-2012. Así como el artículo 4 fracción III y 7 fracción I de la Ley de Salud del Estado de San Luis Potosí.

También se inobservaron 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 que el derecho a la vida es



COMISIÓN ESTATAL DE
DERECHOS HUMANOS
SAN LUIS POTOSÍ

2013, Año del 150 Aniversario de San Luis Potosí, como
Capital de los Estados Unidos Mexicanos

inherente a la persona humana y que es obligación del Estado asegurar la plena efectividad y alcance del más alto nivel de salud, especialmente de los niños, y establecen el margen mínimo de calidad en los servicios médicos que se debe proporcionar a su población, en cuanto al disfrute de un servicio médico, y de adoptar las medidas necesarias para su plena efectividad.

En otro aspecto, de acuerdo a los elementos recabados se constató que con motivo de estos hechos desde el 15 de septiembre de 2010 se inició la Averiguación Previa 1, la cual se encuentra en trámite en la Agencia del Ministerio Público de Matlapa, indagatoria que a la fecha lleva más de 36 meses de haberse iniciado, y aún se encuentra pendiente de resolución, y acuerdo con la evidencia la última actuación data del 10 de enero de 2011, es decir, se advierten más de 32 meses sin ninguna actuación, lo cual hace nugatorio el derecho al acceso a la justicia para los familiares de la víctima.

En efecto, de la revisión que se practicó a las constancias que integran la Averiguación Previa 1, se desprende que las primeras diligencias ministeriales fueron la inspección, levantamiento de cadáver y la necropsia, todas realizadas el 15 de septiembre de 2010; posteriormente se recabaron comparecencias e informes, teniéndose documentada como última actuación ministerial la del 10 de enero de 2011, sin que posterior a esa fecha se hayan llevado a cabo otras diligencias necesarias para el debido esclarecimiento de los hechos como base para determinar la procedencia o no del ejercicio de la acción penal.

La evidencia que se integró al expediente de queja, permite advertir que los agentes del Ministerio Público a cargo de la integración de la Averiguación Previa 1, incurrieron en omisiones dentro de la investigación, en esencia para determinar si en el caso existió una inadecuada atención médica en la persona de V1 y que posiblemente fue la causa de su fallecimiento, ya que a más de tres años de que ocurrieron los hechos que se investigan en la referida indagatoria, no han sido debidamente esclarecidos.

Se considera que con sus omisiones, los agentes del Ministerio Público que tuvieron a su cargo la investigación de los hechos, han vulnerado el derecho a la verdad en agravio de los familiares de las víctimas, sobre todo para conocer el resultado de la investigación y el deslinde de responsabilidades. Cabe destacar que la carencia de una investigación completa y efectiva sobre los hechos constituye una fuente de sufrimiento y angustia adicional para las víctimas y sus familiares, quienes tienen el derecho de conocer la verdad de lo ocurrido. El derecho a la verdad exige la determinación de la más completa verdad histórica posible, lo cual incluye la actuación conjunta y de todas las personas que de diversas formas participaron en los hechos y sus correspondientes responsabilidades.

En un Estado de Derecho, la investigación sobre los hechos que se denuncian ante la autoridad ministerial debe ser efectiva, orientada hacia el esclarecimiento y la determinación de la verdad sobre lo ocurrido, teniendo presente que para asegurar el derecho al acceso a la justicia, la indagación penal debe cumplirse con seriedad y no como una simple formalidad. Lo que en el presente caso no ha ocurrido, ya que se ha evidenciado que durante un lapso de tiempo no se han llevado a cabo diligencias para el debido esclarecimiento de los hechos.

18

En el Caso González y Otras, “Campo Algodonero” Vs. México, Sentencia de 16 de noviembre de 2009, párrafo 300, la Corte Interamericana precisó que la eficiente determinación de la verdad en el marco de la obligación de investigar una muerte, debe mostrarse desde las primeras diligencias con toda acuciosidad, lo cual, como se ha señalado, en el presente caso no hay muestras claras de acciones para determinar la verdad de los hechos.

Es de tener en consideración que el irregular trámite de las Averiguaciones Previas y la falta de determinación oportuna, afecta el derecho humano al acceso a la justicia porque obstaculiza la procuración y consecuentemente la impartición de justicia, y a su vez, genera incertidumbre sobre la aplicación de la ley y el castigo hacia los probables responsables. En este sentido, se observó que los

Agentes del Ministerio Público de la Procuraduría General de Justicia del Estado, encargados de la integración de la Averiguación Previa 1, se apartaron de lo dispuesto en los artículos 17, párrafo segundo y 21, párrafo primero de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Por lo tanto al quedar evidenciado que no se ha realizado una investigación efectiva en el presente caso, es necesario que se lleven a cabo tantas y cuantas diligencias que sean necesarias para el debido esclarecimiento de los hechos, con el fin de que el Agente del Ministerio Público determine lo que en derecho proceda, y así dar una respuesta a la exigencia de justicia a los familiares de la víctima.

En este contexto, es preciso señalar que la facultad para investigar los delitos que establece el artículo 21, primer párrafo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, impone al Ministerio Público la obligación de practicar todas las diligencias necesarias para el esclarecimiento de los hechos, acreditar la presencia del delito y que existan datos para presumir la participación que los indiciados tuvieron en los mismos, razón por la cual, si una investigación no es efectiva, genera un ambiente de incertidumbre y a la vez, un menoscabo a la protección de derechos frente a la autoridad y a la violación del orden jurídico, lo que contraviene lo previsto en el párrafo segundo del numeral citado, que establece que el ejercicio de la acción penal ante los tribunales corresponde al Ministerio Público.

Es de tener en consideración que la dilación en el trámite de las averiguaciones previas y la falta de determinación oportuna afecta gravemente la seguridad jurídica, porque obstaculiza la procuración e impartición de justicia, incluso, genera incertidumbre sobre la aplicación de la ley y el castigo hacia las personas señaladas como probables responsables. En concordancia con ello, el derecho de acceso a la justicia no se agota con el simple trámite de procesos internos, sino que debe hacerse lo necesario para conocer la verdad histórica de lo sucedido y de ser el caso se sancione a los probables responsables, respetando los derechos

de las víctimas del delito, así como llevar a cabo la práctica de las diligencias necesarias de conformidad con los estándares del debido proceso.

En este orden de ideas las Directrices sobre la Función de los Fiscales, adoptadas en el 8vo Congreso de las Naciones Unidas sobre Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente, el 7 de septiembre de 1990, en el principio 12 establece la obligación de los fiscales de cumplir sus funciones con imparcialidad, firmeza y prontitud, respetando y protegiendo la dignidad y los derechos humanos, contribuyendo de esa manera a asegurar el debido proceso y el buen funcionamiento del sistema de justicia penal.

Por lo expuesto, las autoridades encargadas de la integración de la Averiguación Previa 1, omitieron observar los artículos 6, 7, 8, 10, 11 y 15, de la Ley Orgánica de la Procuraduría General de Justicia de San Luis Potosí, y 3, fracciones II y V; 154 del Código de Procedimientos Penales para el Estado de San Luis Potosí, 56 y 60 del Reglamento de la Ley Orgánica de la Procuraduría General de Justicia del Estado, que en términos generales, disponen que los agentes del Ministerio Público observarán los principios de unidad de actuación, legalidad, objetividad, eficiencia, profesionalismo, honradez y respeto a los derechos humanos; que deben practicar y ordenar todos los actos conducentes a la comprobación de los elementos del tipo penal y demostrar la probable responsabilidad.

También se apartaron de lo dispuesto en los artículos 8 y 9 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos; 14 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 7, 8 y 10 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos; II, XVII y XVIII de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, 4 de la Declaración sobre los Principios Fundamentales de Justicia para las Víctimas de Delitos de abusos de Poder, que establecen los derechos a la legalidad, seguridad jurídica y acceso a la Justicia para que toda persona pueda acudir a los Tribunales para hacer valer sus derechos y disponer de un procedimiento sencillo y breve por el cual la justicia los ampare contra actos de

autoridad que violen los derechos consagrados constitucionalmente, que todas las personas son iguales ante la ley y tienen derecho a la igual protección.

Es necesario también que en el caso se abra una investigación de orden administrativo, ya que las conductas que desplegaron los servidores públicos, tanto de la Dirección General de los Servicios de Salud, como de la Procuraduría General de Justicia del Estado, 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, las cual 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.

21

En otro orden de ideas, si bien una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño derivado de la actuación irregular, consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente, también 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; 30 de la Ley General de Víctimas, 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 de los daños que se hubieran ocasionado.

Por otra parte, 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 este sentido, es aplicable el criterio de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, expuesto en el párrafo 346 del Caso Radilla Pacheco Vs. Estados Unidos Mexicanos, sentencia de 23 de noviembre de 2009, en el cual señaló que la capacitación es una manera de brindar al funcionario público nuevos conocimientos, desarrollar sus facultades, permitir su especialización en determinadas áreas novedosas, prepararlo para desempeñar posiciones distintas y adaptar sus capacidades para desempeñar mejor las tareas asignadas.

En consecuencia, esta Comisión Estatal de los Derechos Humanos, considera procedente formular a Ustedes, las siguientes:

V. RECOMENDACIONES

22

A Usted señor Director General de los Servicios de Salud en el Estado:

PRIMERA. Gire sus apreciables instrucciones a quien corresponda para que se repare el daño ocasionado a la víctima, a los familiares de V1 o a quien acredite tener mejor derecho, que se traduzca en una compensación justa, como consecuencia de la responsabilidad institucional en que incurrieron los servidores públicos, y se envíen a esta Comisión Estatal las constancias sobre su cumplimiento.

SEGUNDA. Gire sus instrucciones a efecto de que se colabore ampliamente con el Órgano Interno del Control de esa Dirección General, en el procedimiento administrativo de investigación que inició en contra de los servidores públicos que intervinieron en los hechos señalados en la presente, proporcionando la información y constancias que le sean requeridas.

TERCERA. Instruya a quien corresponda para que los servidores públicos del Hospital General de Ciudad Valles, adopten medidas efectivas que permitan garantizar que los expedientes clínicos que se generen con motivo de la atención médica, se encuentren debidamente integrados conforme a lo establecido en la

legislación nacional e internacional, así como en la Norma Oficial Mexicana correspondiente, y se envíen a este Organismo las constancias de cumplimiento.

CUARTA.- Gire sus instrucciones a efecto de que se implementen cursos de capacitación, sobre derechos humanos, estándares de calidad en la prestación del servicio de salud y las Normas Oficiales Mexicanas en materia de Salud.

A Usted señor Procurador General de Justicia en el Estado:

PRIMERA. Gire sus instrucciones para que a la brevedad posible se practiquen las diligencias que sean necesarias para el debido esclarecimiento de los hechos y la probable responsabilidad, y se determine la Averiguación Previa 1, radicada en la Agencia del Ministerio Público con sede en el municipio de Matlapa, remitiendo las constancias que acrediten su cumplimiento.

SEGUNDA. Gire sus apreciables instrucciones al Visitador General de la Procuraduría General de Justicia a fin de que en ejercicio de sus atribuciones inicie una investigación respecto a la dilación en la integración de la Averiguación Previa 1, y de ser procedente, turne el asunto ante el órgano de control competente, para que se determine la responsabilidad administrativa en que pudieron haber incurrido los servidores públicos a cargo de la referida indagatoria.

TERCERA. Gire sus instrucciones a quien corresponda a efecto de que se capacite a los Agentes del Ministerio Público de la Zona Huasteca sobre derechos humanos, investigación efectiva y plazo razonable para determinar las averiguaciones previas, remitiendo las constancias a este Organismo Estatal sobre su cumplimiento.

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



COMISIÓN ESTATAL DE
DERECHOS HUMANOS
SAN LUIS POTOSÍ

*2013, Año del 150 Aniversario de San Luis Potosí, como
Capital de los Estados Unidos Mexicanos*

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.

De conformidad con el artículo 127 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.

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 el caso de que la presente recomendación no sea aceptada o cumplida, deberá fundar, motivar y hacer pública su negativa; aunado a que este organismo público autónomo, podrá solicitar su comparecencia ante el Congreso del Estado, a efecto de que explique el motivo de su negativa.

24

EL PRESIDENTE

LIC. JORGE VEGA ARROYO