



COMISIÓN ESTATAL DE
DERECHOS HUMANOS
SAN LUIS POTOSÍ

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

RECOMENDACIÓN No. 29/2013

**SOBRE EL CASO DE LA INADECUADA ATENCIÓN
MÉDICA EN AGRAVIO DE V1, EN EL HOSPITAL
COMUNITARIO DE AQUISMÓN, SAN LUIS POTOSÍ.**

San Luis Potosí, S.L.P., diciembre 17 de 2013

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

Distinguido Señor Director:

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, y 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 el 111, 112, 113 y 114 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias contenidas en el Expediente de Queja 2VQU-081/2012, sobre el caso de la violación a derechos humanos cometida 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 la autoridad recomendada a través de un listado adjunto que describe el significado de las claves utilizadas, con el compromiso de que dicte las medidas de protección correspondiente, y visto los siguientes:



COMISIÓN ESTATAL DE
DERECHOS HUMANOS
SAN LUIS POTOSÍ

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

I. HECHOS

El 29 de junio de 2012, aproximadamente a las 6:00 horas V1, acompañada de Q1, su esposo, acudió al Hospital Comunitario de Aquismón, debido a molestias inherentes a su avanzado estado de gravidez, siendo atendida en el área de urgencias, después de unos minutos salió y le comentó a Q1 que los doctores luego de revisarla le dijeron que aún no era tiempo de su alumbramiento y le indicaron que saliera a caminar.

V1 fue valorada dos veces más ese día, a las 13:00 y 17:00 horas, y en la última revisión se le indicó que volviera al día siguiente. El 1 de julio de 2012, a las 08:00 horas, la víctima regresó al Hospital Comunitario y al ser valorada le informan que sus dolores están dentro de la normalidad y que faltaba tiempo para que iniciara labor de parto, por lo que le dicen que se retire a su domicilio. No obstante, debido a que los dolores no cesaban, V1 precisó que a las 23:00 horas de ese día acudió al Hospital y le reiteran regrese a su domicilio.

El 2 de julio de 2012, a las 8:00 horas, V1 ingresó al Hospital para revisión. A las 11:30 horas un médico informó a Q1 que el producto de embarazo había muerto dentro de la placenta de la madre, además de mencionarle que en ese momento no había ambulancia para trasladar a la víctima al Hospital General de Ciudad Valles, y que tendría que esperar a que llegara una. Finalmente fue trasladada al Hospital General de Ciudad Valles, donde fue intervenida quirúrgicamente, y el 3 de julio de 2012, les entregaron el producto óbito.

Para la investigación de la queja, este Organismo Estatal radicó el expediente 2VQU-0081/2012, 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 y al quejoso, además de recabarse opinión médica, cuya valoración es objeto de análisis en el capítulo de Observaciones de la presente.

II. EVIDENCIAS

1. Queja presentada por Q1, el 5 de julio de 2012, quien pidió la intervención de este Organismo Estatal sobre la posible violación a derechos humanos en agravio de V1, atribuibles a personal médico del Hospital Comunitario de Aquismón, en relación con la inadecuada atención médica que recibieron y que derivó en la muerte neonatal del producto del embarazo.

2. Oficio 5359, de 13 de agosto de 2012, por el cual la Jefa de Jurisdicción Sanitaria No V, informó que los servidores públicos que brindaron la atención a V1 en el área de urgencias, fueron AR1, AR2 y AR3 todos ellos Médicos Generales, además de MPSS1, Partera Pasante en Servicio Social y MPSS2, Médico Pasante en Servicio Social. Remitió también resumen de la atención médica que recibió V1 en el Hospital Comunitario de Aquismón, a saber:

2.1. El 27 de junio de 2012, V1 acudió a Urgencias por presentar dolor abdominal tipo obstétrico desde un día anterior sin aumentar, acompañado de salida de tapón mucoso, sin datos de vasoespasmo, fue revisada por MPSS1 Partera Pasante en Servicio Social, quien la encontró con 40.6 semanas de gestación, con registro de la frecuencia cardíaca fetal de 148 latidos por minuto.

2.2 El 29 de junio de 2012, acudió nuevamente al Hospital Comunitario, y fue revalorada por AR1, Médico General, quien asentó que registraba una frecuencia cardíaca fetal de 140 latidos por minuto.

2.3 El 30 de junio de 2012, se registra que fue valorada hasta en tres ocasiones, en una de ellas se le tomó prueba sin estrés con nula actividad uterina por 20 minutos. Asimismo, AR2, Médico General, registró frecuencia cardíaca fetal sin detectar desaceleración que mostrara sufrimiento fetal agudo.

2.4 El 1 de julio de 2012, se revisó en tres ocasiones a V1. A las 8:10, MPSS2, Médico Pasante en Servicio Social asentó que presentaba una frecuencia cardíaca

fetal de 150x, con trabajo de parto en fase latente, cérvix sin modificaciones cervicales. A las 13:05, AR2, Médico General, la encuentra con signos vitales normales con irregularidad en su trabajo de parto, sin avances ni modificaciones cervicales desde las valoraciones iniciales: Cita en 24 horas para aceptación a la valoración por Ginecología y Obstetricia. A las 22:00 horas la valora AR3, Médico General, y observa que niega pérdidas trasvaginales y de vasoespasmo, actividad uterina irregular, signos vitales normales, frecuencia cardiaca fetal 148, se perciben movimientos fetales, tacto cervical central sin modificaciones, continúa con dedo permeable, se palpa amnios íntegro, se sugiere retiro a domicilio.

2.5 El 2 de julio de 2012, V1 acudió al área de urgencias del Hospital Comunitario, y refiere que dejó de sentir movimientos fetales desde las 23:00 horas del día anterior sin solicitar atención médica, se procede a realizar exploración médica no detectando frecuencia cardiaca fetal, ni registro cardiotocográfico, por lo que se inicia inducto conducción de óbito fetal.

3. Hoja para referencia de pacientes, de 3 de julio de 2012, signado por Médico del Hospital Comunitario de Aquismón, en el cual se asentó que V1 ingresó y egresó el 3 de julio del 2012 con un DX de ingreso: de 41 semanas de gestación, más óbito fetal, DX de egreso: puerperio fisiológico. Paciente que ingresa con 41 semanas de gestación y trabajo de parto activo, se atiende parto eutócico, a las 04:35 horas obteniendo producto único muerto, sexo femenino.

4. Queja presentada por V1 el 6 de septiembre de 2012, en la que hizo una relación de los hechos con relación a la inadecuada atención médica que recibió en el Hospital Comunitario de Aquismón, atribuible a servidores públicos de ese nosocomio y que derivó en el fallecimiento del producto del embarazo.

5. Copia del Expediente Clínico que se elaboró a V1 en el Hospital Comunitario de Aquismón, que contiene las indicaciones médicas y la atención que recibió la víctima, así como su historia clínica, de la que se destaca lo siguiente:

5.1. Historia Obstétrica de 30 de junio de 2012, signada por AR2, Médico General; valoración de las 9:45 horas, encontró placenta grado III, líquido escaso, integridad fetal, frecuencia cardiaca fetal 144 latidos por minuto, trabajo de parto en fase latente, dilatación a un centímetro, borramiento 20%, se indica deambulación y reposo alterno, cita a 6 horas. Valoración de las 15:30 horas, percepción de movimiento fetal, hemo dinámicamente sin patología, frecuencia cardiaca fetal 152 latidos por minuto, con movimiento fetal dos cruces, se pasa a PSS. Valoración de las 16:30 horas, nula presencia de actividad uterina en trazo de 20 minutos. Incipiente elevación de trazo con descenso de frecuencia cardiaca fetal, se sugiere estancia en casa.

5.2. Historia Obstétrica de 1 de julio del 2012, signada por MPSS2, Médico Pasante en Servicio Social; valoración de las 8:10 horas, la encuentra tranquila, orientada, bien hidratada, no palidez de piel ni tegumentos, no vaso espasmos, abdomen globoso a expensas de útero gestante, FU 31 cm, movimientos fetales, frecuencia cardiaca fetal de 150 latidos por minuto, tacto vaginal con cérvix con un dedo permeable, membranas integra con 20% de borramiento, cita a revaloración en 4 horas.

5.3. Valoración de 1 de julio del 2012, de las 13:05 horas, signada por AR2, Médico General, encontró a V1 sin avance de modificaciones cervicales, sin referencia de patología, sin pérdidas trasvaginales de interés, no sangrados, solo dolor, sin datos cardiovasculares, no vasopresores, urológico sin fiebre, solo aparente actividad uterina, con frecuencia cardiaca fetal de 169 latidos por minuto, cefálico libre, con nula actividad en su estancia sin perdidas trasvaginales, resto sin afectaciones, se cita en 24 horas para aceptación a la valoración ginecológica.

5.4. Valoración de 1 de julio de las 22:00 horas, efectuada por AR3, Médico General, quien encontró signos vitales dentro del control de los parámetros normales, abdomen con PUVI, cefálico frecuencia cardiaca fetal de 148 latidos por minuto, se perciben movimientos fetales, cérvix central sin modificaciones, continua con dedo permeable, se le sugiere retiro a su domicilio.

5.5. Historia Obstétrica de 2 de julio de 2012, se detectó palidez de tegumentos, normal cefálico, cardiopulmonar sin compromiso, abdomen globoso a expensas de útero gestante, con producto único, se consultó frecuencia cardiaca fetal con doppler ultrasónico y se realizó PSS, el cual no se encontró frecuencia cardiaca, V1 refirió no sentir movimientos fetales desde 23:00 horas de día anterior, no hay borramiento, y amnios no palpables.

6. Copias de la Averiguación Previa 1, relacionada con los hechos en que perdiera la vida el producto del embarazo de V1 en el Hospital Comunitario de Aquismón, radicada inicialmente en la Agencia del Ministerio Público del Fuero Común Investigador, con sede en Ciudad Valles y remitida a la Agencia del Ministerio Público del Fuero Común Investigador, con sede en Aquismón de la que destaca lo siguiente:

6.1. Acta de defunción 00740, de 4 de julio de 2012, expedida por el Oficial Primero del Registro Civil de Ciudad Valles, en la que se asentó que el producto de V1, falleció como consecuencia de la interrupción de la circulación materno fetal doble circular de cordón.

6.2. Declaración de AR2, Médico General del Hospital Comunitario de Aquismón, de 25 de septiembre de 2012, en la que refirió que atendió a V1, a quien se le trató como una paciente con embarazo de alto riesgo por multiparidar.

6.3. Declaración ministerial de AR3, Médico General del Hospital Comunitario de Aquismón, de 25 de septiembre de 2012, en la que detalló la atención médica que le brindó a V1 como paciente con embarazo de alto riesgo por multiparidar.

7. Acta circunstanciada de 14 de enero de 2013, en la que personal de la Comisión Estatal hace constar la comparecencia de AR2, Médico General Adscrito al Servicio de Urgencias del Hospital Comunitario de Aquismón, quien con relación a la atención que brindó a V1 el 30 de junio del 2012, señaló que la encontró estable, parámetros vitales sin alteración, percepción de movimientos fetales, sin

datos de vasopresión, fiebre o pérdidas trasvaginales; frecuencia cardiaca fetal de 144 latidos por minuto, dilatación de un centímetro, borramiento cervical 20%. Valoración de las 15:30 horas, encontró situación similar con percepción de movimientos fetales. Valoración de 1 de julio del 2012, 13:05 horas, nula actividad uterina, frecuencia cardiaca fetal 152 latidos por minuto, con movimientos fetales dos cruces, no se percibe actividad uterina, membranas íntegras, trazo electrocardiográfico fetal con parámetro normal, sin condiciones para internar, se sugiere estancia en su domicilio. Nueva valoración de 1 de julio de 2012, sin pérdida trasvaginal, movimientos fetales, 160 latidos por minuto, nula actividad uterina, integridad de sus membranas, se le pidió regresar a su domicilio.

8. Acta circunstanciada de 15 de enero de 2013, en la que personal de la Comisión Estatal hace constar la comparecencia AR3, Médico General Adscrito al Servicio de Urgencias del Hospital Comunitario de Aquismón, y en relación a la atención médica que brindó a V1 el 1 de julio del 2012, refirió dolor leve, frecuencia cardiaca fetal de 148 latidos por minuto, integridad en membranas y dilatación de un dedo permeable, las contracciones no reportaban ser patológicas y se le indicó de retirarse a su domicilio.

9. Acta circunstanciada de 16 de enero de 2013, en la que personal de la Comisión Estatal hace constar la comparecencia de MPSS1, Partera Pasante en Servicio Social Adscrita al Hospital Comunitario de Aquismón, y sobre la atención que brindó a V1 el 29 de junio del 2012, a las 14:00 horas, la encontró orientada, cooperadora durante la revisión, hidratación de tegumentos, normo céfalo, cardiopulmonar sin compromiso, abdomen globoso a expensas de útero gestante, con producto único vivo, longitudinal, cefálico, frecuencia cardiaca normal, resto de la exploración física estaba normal, se le citó en ocho horas. Valoración de 2 de julio del 2012, 11:40 horas, no encontró frecuencia cardiaca fetal, confirmó que el producto no presentaba signos vitales, se canalizó al Hospital General de Ciudad Valles.

10. Acta circunstanciada de 24 de enero de 2013, en la cual personal de este Organismo Estatal hace constar la comparecencia de MPSS2, Médico Pasante en Servicio Social Adscrito al Servicio de Urgencias del Hospital Comunitario de Aquismón, y de la atención médica que brindó a V1, el 1 de julio del 2012, 08:10 horas, la encuentra hemo dinámicamente estable, frecuencia cardiaca fetal de 150 (límitrofe), actividad uterina era nula, dedo permeable y 20% de borramiento cervical con membranas integra, se le citó en cuatro horas.

11. Oficio CNDH/SVG/222/2013, de 5 de septiembre de 2013, signado por el Segundo Visitador de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, por el cual remite opinión médica referente a la atención que se otorgó a V1 por parte de servidores públicos adscritos al Hospital Comunitario de Aquismón, San Luis Potosí, de cuyas conclusiones se advierte lo siguiente:

11.1. Que la atención brindada a V1, los días 29, 30 de junio y 1, 2 de julio de 2012, por Médicos Generales, Médicos Pasantes y Pasante de Partería Profesional del servicio de Urgencias del Hospital Básico Comunitario de Aquismón, no fue la adecuada, toda vez debieron mantenerla en observación y con monitoreo constante, vigilando la actividad uterina y fetal, y no enviarla a su domicilio en varias ocasiones, ya que al no establecer un diagnóstico de trabajo de parto, se debió mantenerla en observación durante un periodo más prolongado, con el fin de prever cualquier eventualidad o complicación.

11.2. Que hubo impericia y precipitación del personal médico del Hospital Básico Comunitario de Aquismón, al no prevenir, detectar y tratar con éxito, mediante la aplicación de procedimientos normados para la atención, al no realizar una valoración adecuada y oportuna; no detectar las complicaciones, ya que V1 cursaba un trabajo de parto prolongado; no realizar monitoreo adecuado del binomio madre-hijo; no iniciar la inducto conducción del trabajo de parto de forma oportuna, y no haber resuelto el embarazo en forma quirúrgica, ya que el producto presentaba datos de sufrimiento fetal, o en su defecto si no se contaba con la

infraestructura, equipo médico o recursos humanos necesarios, no llevar a cabo el traslado de la paciente al siguiente nivel de atención de salud.

11.3. Respecto al certificado de defunción, se advierte la interrupción de la circulación materno-fetal, por doble circular de cordón, de haberse llevado a cabo oportunamente la interrupción del embarazo y la extracción del producto, por medio de operación cesárea pudieron evitarse las complicaciones intraparto, las que surgen de manera rápida e inesperada y deben preverse.

11.4. En cuanto a la integración del expediente clínico, existió inobservancia de las normas Oficiales Mexicanas NOM-168-SSA1-1998, y NOM-007-SSA2-1993, atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, criterios y procedimientos para la prestación del servicio.

9

III. SITUACIÓN JURÍDICA

El 27 de junio de 2012, V1 quien cursaba un embarazo de 40.6 semanas de gestación, paciente con multiparidad, acudió al área de urgencias del Hospital Comunitario de Aquismón, ya que presentaba dolor abdominal tipo obstétrico desde un día anterior sin aumentar, acompañado de salida de tapón mucoso, sin datos de vasoespasmo, fue valorada por MPSS1, Partera Pasante en Servicio Social, quien le explicó los datos de alarma y dejó cita abierta en el área de urgencias. El 29 de junio de 2012, personal médico del Hospital le realiza nueva valoración y le sugirió que acudiera después de ocho horas.

El 30 de junio de 2012, V1 fue valorada por médicos del Hospital en dos ocasiones, a las 9:45 y 15:30 horas, en la primera AR1 realizó rastreo con ultrasonido, placenta grado III, líquido escaso, integridad fetal 144 latidos por minuto, con dilatación de un centímetro, borramiento 20%, sugirió deambulación y reposo alterno. En la segunda, la frecuencia cardiaca fetal era de 152 latidos por minuto, movimientos fetales frecuentes dos cruces, se pasó a prueba sin estrés

para descartar sufrimiento fetal, que no había condiciones para internar a la paciente, se pidió estancia domiciliaria

El 1 de julio de 2012, a las 8:00 horas, se le realiza nueva valoración a la agraviada, reportando movimientos fetales, frecuencia cardiaca fetal de 150 latidos por minuto, producto cefálico libre al tacto vaginal, membranas integra, 20% de borramiento. En la revisión de las 13:05 horas, nula actividad uterina, sin pérdidas trasvaginales, se retiró a domicilio, cita abierta en 24 horas para aceptación a la valoración por Ginecología y Obstetricia. Ese mismo día a las 22:00 horas fue valorada, con dolor obstétrico, parámetros normales, frecuencia cardiaca fetal de 148 latidos por minuto, movimientos fetales, cérvix central sin modificaciones, y se le sugirió retirarse a su domicilio.

10

El 2 de julio a las 8:00 horas, V1 se presentó en el Hospital Comunitario ya que continuaba con dolor abdominal y no sentía movimientos fetales, por lo que se realizaron estudios y pruebas de bienestar fetal, cuyos resultados determinaron que el producto no presentaba frecuencia cardiaca, circunstancia por la cual se procede a su traslado al Hospital General de Ciudad Valles, lugar donde le extraen el producto óbito, y se asentó que la causa de fallecimiento del producto se debió a la interrupción de la circulación materno fetal, doble circular de cordón.

Por estos hechos el Ministerio Público del Fuero Común, adscrito a la Subprocuraduría Regional de Justicia en la Zona Huasteca Norte, con sede en Ciudad Valles San Luis potosí, radicó la Averiguación Previa 1, misma que actualmente se encuentra en trámite

A la fecha de elaboración de la presente, no se aportaron constancias para acreditar el inicio de un procedimiento administrativo de investigación sobre los hechos en contra de los servidores públicos que atendieron el caso, para deslindar la responsabilidad en que hubieren incurrido, ni se comunicó a esta Comisión que se hayan realizado acciones sobre el pago de la reparación del daño.

IV. OBSERVACIONES

Del análisis lógico jurídico realizado al conjunto de evidencias que integran el expediente de queja 2VQU-0081/2012, se encontraron elementos suficientes que permitieron acreditar violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud y a la vida en agravio de V1, atribuibles a personal médico del Hospital Comunitario de Aquismón, San Luis Potosí, como consecuencia de la inadecuada atención médica y la indebida prestación del servicio público de salud, que derivaron en la pérdida del producto del embarazo de V1, en atención a las siguientes consideraciones:

En su queja V1, manifestó que a las 14:00 horas de 29 de junio de 2012, acudió al Hospital Comunitario de Aquismón, debido a que presentaba dolores propios de labor de parto, al cursar un embarazo de 40.6 semanas de gestación; sin embargo, a pesar que a partir de ese momento fue revisada por siete ocasiones por personal médico de ese Hospital, siempre recibió información en el sentido de que no se encontraba en labor de parto, y a pesar que refería molestias y dolor abdominal le indicaban que regresara a su domicilio, y el 2 de julio de 2012, al acudir a consulta, le indicaron el producto del embarazo ya no presentaba frecuencia cardíaca y posteriormente se determinó producto óbito.

En efecto, en las anotaciones médicas agregadas al expediente clínico que se integró a V1 en el Hospital Comunitario, relativas a las valoraciones médicas de los días 29 y 30 de junio y 1 de julio de 2012, que le practicaron AR1, AR2 y AR3, todos ellos Médicos Generales, así como MPSS1 y MPSS2 la primera Partera Pasante en Servicio Social y el segundo Médico Pasante en Servicio Social; quienes señalaron que cursaba embarazo normal, indicando que caminará y regresará a su domicilio en razón que no registraba actividad uterina, que no se encontraba en labor de parto ni presentaba signos de borramiento o dilatación de cérvix. No obstante, la agraviada acudió al Hospital a las 08:00 horas del 2 de julio de 2012, donde refirió que dejó de sentir movimientos fetales corroborándose la muerte del producto.

Llama la atención que en la nota médica de urgencias de de 1 de julio del 2012, que signó AR2, precisó que V1 en ese momento presentaba aparente actividad uterina, con frecuencia cardiaca fetal de 160 latidos por minuto, lo que se considera un indicio para descartar sufrimiento fetal, que debe valorarse de inmediato para no poner en riesgo la salud o la vida del producto, como ocurrió en el caso, y no se advirtió que hubiere realizado acciones o estudios para descartar el sufrimiento. Lo anterior no obstante que la víctima desde que acudió al Hospital señalaba al personal médico que presentaba dolor abdominal, como se asentó en las referidas notas médicas del expediente clínico.

Si bien es cierto que la frecuencia cardiaca basal más comúnmente aceptada como normal se halla entre los 120 y los 160 latidos por minuto, también es cierto que cuando el feto registra ya el límite superior, deben llevarse a cabo medidas para descartar la taquicardia en el producto del embarazo y su consecuente sufrimiento fetal que pudiera poner en riesgo su integridad, y cuando ello se presenta se debe realizar un seguimiento de la frecuencia cardíaca fetal, y en su caso, tomar precauciones para el caso de la necesidad de una intervención.

El sufrimiento fetal agudo es una perturbación metabólica compleja debida a una disminución de los intercambios fetomaternos, de evolución relativamente rápida, que lleva a una alteración de la homeostasis fetal y que puede conducir a alteraciones tisulares irreparables o a la muerte fetal. Cuando se detecta ese sufrimiento debe realizarse un monitoreo electrónico antes de que pueda causar un perjuicio a la salud, por lo que se considera una urgencia obstetricia, y cuando se diagnostica lo indicado es acelerar el nacimiento del producto para evitar que la falta de oxígeno acuse algún daño a la salud. Datos que de acuerdo a la evidencia se revelaron en V1 desde el 1 de julio de 2012.

De acuerdo con los datos que arrojó el expediente clínico, es de tener en consideración que debido al cuadro que presentaba V1, el personal médico del Hospital Comunitario de Aquismón debió mantenerla en observación y con monitoreo constante, vigilando la actividad uterina y fetal, sin haberla referido a su

domicilio, ya que ante un signo de alarma y al no ser posible establecer un diagnóstico de trabajo de parto, era menester la observación durante un periodo más prolongado, con el fin de prever cualquier eventualidad o complicación.

Ahora bien, en una hoja de urgencias, que firma MPSS1, en la que no se precisa la fecha de la atención, solamente se cita “*viernes 16:00 horas*”, se asentó que V1 presentó salida de líquido trasvaginal, lo que también era indicio de rotura prematura de membranas, con evolución de más de 48 horas, y que era menester que se atendiera a V1 lo antes posible, interrumpiendo el embarazo para extraer el producto, evitando con ello cualquier complicación, o bien realizando su referencia al siguiente nivel de atención en salud, haciendo alusión a que no contaban con los recursos o con los conocimientos necesarios para realizarla.

13

Se observó que el personal médico del Hospital Comunitario de Aquismón, omitió realizar a V1, de manera adecuada, las pruebas de bienestar fetal preparto; esto es, una cardiotocografía, un test estresante o prueba de tolerancia a las contracciones, estimulación vibroacústica y perfil biofísico, así como llevar a cabo una vigilancia y monitoreo continuo de la frecuencia cardíaca fetal, a fin de establecer el momento oportuno para interrumpir el embarazo y prevenir la falta de oxigenación del producto y con ello, la muerte fetal intrauterina.

De acuerdo con los datos que al respecto se recabaron, se observó que no se llevó a cabo una adecuada vigilancia a V1, y no se tomaron las medidas pertinentes para obtener como resultado un binomio madre-hijo sano, ya que la agraviada acudió siete veces al Hospital Comunitario y en ningún momento fue referida para inducir el nacimiento del producto del embarazo.

Es conveniente destacar la importancia que tiene precisamente la adecuada vigilancia obstétrica, a través de la cual se permite detectar de manera oportuna el sufrimiento fetal de todo producto que presente circular de cordón; circunstancia que no ocurrió en este caso, y que implicó que se dejara de observar el contenido de la norma oficial mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la Mujer Durante

el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido. Criterios y Procedimientos para la Prestación del Servicio, que establece que, la atención de la mujer con emergencia obstétrica debe ser prioritaria, y proporcionarse en cualquier unidad de salud de los sectores público, social y privado.

La Norma también señala la importancia de mantener una adecuada vigilancia obstétrica que permita detectar en forma oportuna el sufrimiento fetal del producto; que la mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para el niño pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito, mediante la aplicación de procedimientos normados para la atención, entre los que destacan el uso del enfoque de riesgo y la realización de actividades eminentemente preventivas.

El personal médico que atendió a V1 no realizó una prestación del servicio de salud de manera adecuada, ya que no tomaron en cuenta el cuadro y los resultados que arrojaban las valoraciones médicas que se le practicaron a la víctima, como lo eran dolor constante, alteraciones en la frecuencia cardiaca fetal, y salida de líquido trasvaginal, lo cual generó complicaciones durante la evolución del embarazo y principalmente del trabajo de parto, lo que refleja que el personal médico actuó con impericia y precipitación, como lo precisó la Opinión Técnica que emitieron Peritos Médicos de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

En la citada opinión técnica, se advierte que en el presente caso hubo impericia, al no detectar y tratar con éxito el cuadro que refería V1, mediante la aplicación de procedimientos normados para la atención, entre los que destacan el uso del enfoque de riesgo y la realización de una valoración adecuada y oportuna; no detectar en forma temprana las complicaciones que se pudieran presentar, ya que la paciente cursaba con un trabajo de parto prolongado; no realizar un monitoreo constante del binomio madre-hijo; no haber iniciado la inducto conducción del trabajo de parto; no haber resuelto el embarazo en forma quirúrgica, ya que el producto presentaba signos de sufrimiento fetal, o en su defecto, turnar a la paciente al siguiente nivel de atención de salud.

Lo opinión también menciona que hubo precipitación al enviar a su domicilio a la paciente en múltiples ocasiones, y no mantenerla en observación y con monitoreo constante, vigilando la actividad uterina y fetal, con el fin de prever cualquier eventualidad o complicación, o bien canalizándola al siguiente nivel de atención de salud, en caso de no contar con los recursos materiales, humanos o conocimientos necesarios para la prestación del servicio.

En este contexto, la agraviada manifestó que el 2 de julio de 2012, ya no sintió movimiento fetal, por lo que acudió al Hospital Comunitario, y después de haber sido valorada, se advirtió que ya había frecuencia cardíaca fetal, por lo que fue trasladada al Hospital General de Ciudad Valles, donde el 3 de julio de 2012, le fue extraído un producto del embarazo que falleció como consecuencia de la interrupción de la circulación materno fetal doble circular de cordón, tal como se asentó en el Acta de Defunción de 4 de julio de 2012, expedida por el Oficial Primero del Registro Civil de Ciudad Valles, San Luis potosí.

15

De la evidencia se advierte que el personal médico fue omiso en llevar a cabo una vigilancia estrecha y continua del producto del embarazo, y detectar la presencia de datos de sufrimiento fetal, como consecuencia de la doble circular de cordón que presentó al momento en que se extrajo, circunstancia que constó en el Acta de Defunción de 4 de julio de 2012, situaciones que no ocurrieron en el presente caso y que desencadenó un proceso asfíctico al producto fetal, así como pérdida de la actividad cardíaca y de los movimientos respiratorios, que ocasionaron su muerte lo que era previsible, ya que V1 acudió diversas ocasiones al Hospital y estaba supuestamente bajo observación médica.

La causa de muerte descrita en el certificado de necropsia, esto es, la interrupción de la circulación materno fetal como consecuencia de la doble circular de cordón al cuello, adicionada a la falta de una adecuada atención médica por parte del personal médico del Hospital Comunitario de Aquismón, que le hubiera permitido ubicar que el producto presentaba sufrimiento fetal, y con ello determinar la

interrupción del embarazo, implicaron que se negara al producto la oportunidad que tenía de vivir, acreditándose con ello la relación causa efecto entre la inadecuada atención médica y la muerte del producto fetal.

Con lo anterior se advirtió que el personal médico del Hospital Comunitario de Aquismón, incumplió con la Norma Oficial Mexicana NOM.007-SSA2.1993, referente a la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, numerales 4.24. y 5.4.1., los cuales hacen referencia a la oportuna atención, accesibilidad en la unidad, tiempo de espera y resultados, así como al registro del latido cardiaco fetal cada 30 minutos.

También se observó con preocupación que el personal médico titular delegó su responsabilidad en médicos pasantes de servicio social para atender a V1, sin la debida o adecuada supervisión del titular, lo que aumentó de manera significativa el riesgo que se causara el daño irreparable a la vida del producto del embarazo de V1, lo que no debe ocurrir, ya que la supervisión para los futuros médicos es de importancia, sobre todo para adquirir los conocimientos y la experiencia necesaria para enfrentar eventualidades de urgencias en la salud.

16

Cabe mencionar que 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 facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar su más alto nivel.

Este derecho debe entenderse como la prerrogativa de exigir al Estado un sistema capaz de proteger y velar por el restablecimiento de la salud, y que el desempeño de los servidores públicos de las instituciones es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se garantice, y la efectividad de tal derecho demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, y calidad.

Una de las finalidades del derecho a la protección de la salud, es que el Estado satisfaga eficaz y oportunamente las necesidades de los usuarios que acuden a los centros públicos de salud, protegiendo, promoviendo y restaurando la salud de las personas. En la Observación General Número 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, se establece que la salud es un derecho humano fundamental y que toda persona tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir con dignidad.

En el presente caso, quedó evidenciado que el personal médico adscrito al Hospital Comunitario de Aquismón que atendió a V1, debió considerar el interés superior de los pacientes, realizando una adecuada vigilancia clínica que le permitiera emitir un diagnóstico certero, y con ello proporcionarle la atención médica que requería, con la calidad y calidez que deben imperar en la prestación del servicio público, situación que de acuerdo con lo expuesto, no ocurrió.

17

En otro aspecto, de la evidencia se advierte que algunas notas médicas o las revisiones médicas subsecuentes de las valoraciones médicas que se practicó a V1, no se encontraban llenadas en debida forma, ya que en una nota signada por MPSS1, solamente se advierte la leyenda “viernes 16:00 horas”, sin que se haya anotado de manera correcta la fecha. O bien, en otra anotación que realizó AR3, registró como frecuencia cardiaca fetal 16, circunstancia que estaba dando una información equivocada, incumpliendo con los numerales 5.1, 5.2, y 5.9 de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico, que establecen la obligación de integrar y conservar el expediente clínico, tener 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.

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.

Por lo expuesto, el personal médico del Hospital Comunitario vulneró los derechos a la protección de la salud y a la vida contenidos en los artículos 1, párrafo primero, segundo y tercero; 4, párrafos tercero, sexto y séptimo y 14, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 2, fracción V; 3, fracción IV; 23, 27, fracciones III y IV; 32, 33, 37, 51, 61, fracción I, y 77, Bis 9, de la Ley General de Salud; 48, 99 y 134 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, así como con el contenido de la NOM-168-SSA-1-1998, del Expediente Clínico y NOM-031-SSA2-1999, para la Atención a la Salud del Niño, NOM-007-SSA2-1993, Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido. Criterios y Procedimientos para la Prestación del Servicio.

También 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 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.

Los servidores públicos señalados como responsables de la violación a derechos humanos, se apartaron de lo dispuesto en el artículo 52 fracción I, de la Ley de los Trabajadores al Servicio de las Instituciones Públicas del Estado de San Luis Potosí, que prevé que los trabajadores deberán desempeñar su trabajo con la eficiencia apropiada, así como el artículo 56 fracción I de la Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado y Municipios de San Luis Potosí.

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.

Por su parte, los artículos 61, 62, 63, 64 y 73, de la Ley General de Víctimas, señalan que las víctimas tienen derecho a que se les repare de manera integral y

efectiva el daño sufrido a consecuencia de la violación a derechos humanos, lo que comprende medidas de restitución, compensación, así como garantía de no repetición; y que las víctimas serán compensadas en los términos que determine la resolución que emita el Organismo Público de Protección de los Derechos Humanos, sin perjuicio de la responsabilidad civil, penal o administrativa que los mismos hechos, materia del pronunciamiento, pudieran implicar.

Resulta pertinente mencionar que la reparación del daño tiene como fin revertir, en la medida de lo posible, los efectos de una violación a un derecho o, en su defecto, asegurar que se tomen las medidas necesarias para aminorar los resultados de dicha violación.

En ciertos casos, la reparación del daño también tiene como fin evitar que se repitan los hechos o situaciones que generaron la violación de derechos. De acuerdo con los estándares internacionales en materia de derechos humanos, la reparación debe ser: adecuada, efectiva y proporcional a la gravedad de la violación y del daño sufrido.

En el Caso Ximénes López Vs. Brasil, sentencia de 4 de julio de 2006, párrafos 207 y 210, la Corte Interamericana de Derechos Humanos precisó que toda violación de una obligación internacional que haya producido un daño, comporta el deber de repararlo adecuadamente en términos del artículo 63.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, y siempre que sea posible, se realice la plena restitución.

Que las reparaciones consisten en medidas que tienden a hacer desaparecer los efectos de las violaciones cometidas, cuyo monto depende del daño ocasionado en los planos material e inmaterial; y que la reparación no debe implicar ni enriquecimiento ni empobrecimiento para la víctima.

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, especialmente sobre el expediente clínico y Atención a la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio.

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.

21

En consecuencia, esta Comisión Estatal de los Derechos Humanos, considera procedente formular a Usted, Director General de los Servicios de Salud en el Estado, las siguientes:

V. RECOMENDACIONES

PRIMERA. Gire las instrucciones a quien corresponda, a efecto de que se repare el daño ocasionado a V1, que se traduzca en una compensación justa y equitativa, que incluya la atención médica y psicológica que requiera, con motivo de la responsabilidad institucional en que incurrió el personal del Hospital Comunitario de Aquismón, y envíe a esta Comisión las constancias de cumplimiento.

SEGUNDA. 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.

TERCERA. Instruya a quien corresponda para que los servidores públicos del Hospital Comunitario de Aquismón, 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.

CUARTA. Gire sus instrucciones para que se imparta a los servidores públicos del Hospital Comunitario de Aquismón, 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.

22

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.

De conformidad con el artículo 114 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.



COMISIÓN ESTATAL DE
DERECHOS HUMANOS
SAN LUIS POTOSÍ

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

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

23

LIC. JORGE VEGA ARROYO