

RECOMENDACIÓN N° 31/2013

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

San Luis Potosí, S.L.P., diciembre 30 de 2013

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

Distinguido Señor Director:

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-075/2011, 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:

I. HECHOS

El 24 de noviembre de 2011, este Organismo Estatal protector de los derechos humanos, recibió la queja de V1 en la que denunció los hechos relacionados a la inadecuada atención médica que recibió en el Hospital General de Ciudad Valles, atribuible a servidores públicos de ese nosocomio, y la cual derivó en el fallecimiento del producto del embarazo.

La agraviada señaló que el 10 de septiembre de 2011, aproximadamente a las 16:40 horas, acudió al Hospital General de Ciudad Valles, debido a su avanzado estado de gravidez y que presentaba la salida de líquido vaginal; sin embargo, fue atendida por una Médico quien luego de revisarla le dijo que aún no era tiempo de su alumbramiento, ordenando que se quedara internada en ese lugar y le suministró un medicamento para inducir el parto.

Una vez en internamiento, V1 señaló que fue valorada nuevamente a las 20:00 horas, indicándole a la Médico que ya no soportaba los dolores, pero solamente recibió como respuesta que debía soportarlo. Para el 11 de septiembre de 2011, V1 fue valorada a las 01:00, 03:00 y 04:00 horas, y en esta última revisión le manifestó al Médico que la atendió, que casi no sentía movimiento del producto, y como respuesta le dijo que todo estaba normal.

Posterior a las valoraciones, V1 refirió que continuó con dolores y contracciones, por lo que ese día aproximadamente a las 8:00 horas, una enfermera y la Médico realizaron maniobras para inducirle el parto, y cuando se logró la expulsión del producto, se percató que no presentaba llanto ni respiraba, por lo que al llegar el Médico Pediatra fue informada de la muerte del producto del embarazo, sin darle mayor información sobre las causas del deceso.

Por ese motivo V1 presentó denuncia ante el Agente del Ministerio Público del Fuero Común con sede en Ciudad Valles, quien inició la Averiguación Previa 1, y solicitó a esta Comisión Estatal de Derechos Humanos una investigación relativa a

la atención médica que recibió en el Hospital General de Ciudad Valles, y que considera no fue la adecuada ya que originó la pérdida del producto.

Para la investigación de la queja, este Organismo Estatal radicó el expediente 2VQU-0075/2011, 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. Nota periodística que se publicó el 14 de septiembre de 2011, primera plana, del Diario Regional “El Mañana de Valles”, en la que se da a conocer del fallecimiento de del producto del embarazo de V1, en el Hospital General de Ciudad Valles, San Luis Potosí, al parecer ocasionado por negligencia médica.

3

2. Oficio 006140, de 19 de Octubre de 2011, por el cual la Directora del Hospital General de Ciudad Valles, rindió un informe con relación a la atención médica que se otorgó a V1, y al que agregó lo siguiente:

2.1. Resumen clínico de la atención a V1, citando que ingresó a ginecobstetricia a las 17:50 horas del 10 de Septiembre de 2011, con primer embarazo intrauterino de 35.5 semanas de gestación; ruptura prematura de membranas; salida de líquido transvaginal de color claro; dolor en abdomen tipo cólico; frecuencia cardíaca fetal 143 latidos por minuto; al tacto cérvix con un centímetro de dilatación, y salida de líquido verdoso. Se ingresa al servicio de unidad toco quirúrgica para inducir conducción de trabajo de parto.

2.2. Nota de evolución de las 20:50 horas del 10 de septiembre de 2011, asentando conducción de trabajo de parto, y como indicación, el suministro de misoprostol 50mcg VO cada 4 horas, previa valoración médica.

2.3. Nota de evolución de las 23:55 horas del 10 de septiembre de 2011, primigesta con ruptura de membranas a las 16:00 horas, fase de lactancia, signos vitales normales, cérvix de un centímetro de dilatación, blando, líquido amniótico no valorable, laboratorio normal, y como indicación ampicilina 1gr cada 6 horas.

2.4. Nota de postparto de las 08:40 horas del 11 de septiembre de 2011, anotando que V1 pasa a sala de expulsión con dilatación y borramiento completo. Se recibe producto masculino por parto eutócico, con circular de cordón, flácido, se aspira con perilla boca y nariz, continúa con bajo tono muscular, pálido, se entrega a enfermería, se solicita médico pediatra. Se continúa dando maniobras de reanimación neonatal por médico pediatra, enfermera y médico adscrito de Gineco Obstetricia, producto flácido, cianótico sin presencia de frecuencia cardiaca.

4

2.5. Nota de evolución de las 09:52 horas del 12 de septiembre de 2011, V1 con abdomen con útero en involución, debajo de cicatriz umbilical, loquios escamosos, normales, no fétidos, resto de exploración física normal por lo que se decide egreso; con indicación de paracetamol tabletas por tres días, Fumarato ferroso 1 Tableta cada 24 horas, y Diamin 1 tableta cada 12 horas por siete 7 días.

2.6 Certificado de muerte fetal, de 11 de septiembre de 2011, en el que se hace constar que la hora de expulsión del producto aconteció a las 07:48 de ese día, y que la causa directa del fallecimiento se debió por circular a cuello.

2.7. Relación de servidores públicos y horarios que prestaron atención médica a V1. Entre los que se encuentran una Médico Ginecobstetra, dos Médicos Residentes de Ginecobstetricia, una Médico Interno de Pregrado, un Médico Residente de Pediatría y seis enfermeras.

3. Queja que presentó V1 el 24 de noviembre de 2011, en la que denunció los hechos relacionados a la inadecuada atención médica que recibió en el Hospital General de Ciudad Valles, atribuibles a servidores públicos de ese nosocomio y que derivó en el fallecimiento del producto del embarazo.

4. Declaración de T1, de 28 de noviembre de 2011, que se asentó en acta circunstanciada elaborada por servidores públicos e esta Comisión Estatal, quien señaló que se percató que V1 fue atendida por MIP1, Médico Interno de Pregrado, y que se dio cuenta que la agraviada les refería que sentía dolores constantes, y no obstante ello no era atendida de manera oportuna.

5. Declaración de MIP1, Médico Interno de Pregrado, de 14 de diciembre de 2011, que se hizo constar en acta circunstancia elaborada por personal de este organismo público, quien precisó que el día de los hechos era ayudante del Médico Ginecólogo del Hospital General de Ciudad Valles. Que el 10 de septiembre de 2011, al apreciar la ruptura prematura de membrana y presencia de meconio en V1, informó a MR1, Médico Residente de Ginecología, quien le dio las indicaciones a seguir. Que a las 21:30 al notar a la paciente muy inquieta, AR2, Supervisor Médico, le indicó que le colocara oxígeno. A las 23:30 horas llegó al Hospital AR1, Médico Adscrita a Ginecología, y le informó del cuadro clínico de V1. Que a las 06:00 horas del 11 de septiembre de 2011, V1 le dijo que no sentía movimiento fetal, y que AR1 le pidió que se tranquilizara. A las 07:00 horas, revisó a la víctima y se percató del grado de dilatación y decidió pasarla a sala de expulsión, debido a que AR1 ya se había retirado y no había médico responsable en el área. Finalmente se presentó MR2, Médico Residente en Pediatría, quien informó que el producto no tenía vida.

6. Oficio 2074/2011, de 13 de diciembre de 2011, por el cual el Subprocurador Regional de Justicia para la Zona Huasteca Norte, remitió copias certificadas de la Averiguación Previa 1.

7. Oficio 007482 de 15 de diciembre de 2011, por el cual la Directora del Hospital General de Ciudad Valles, remitió a este Organismo Público Autónomo copia certificada del Expediente Clínico que se integró a V1, y del que destacan las siguientes constancias:

7.1 Certificado de muerte fetal de 11 de septiembre de 2011 con número de folio 090052647 de la Secretaría de Salud, en el cual se refiere que la causa del fallecimiento del producto del embarazo de V1 fue como consecuencia de circular a cuello.

7.2 Registro clínico e intervención de enfermería que se elaboró sobre a V1 en el Hospital General de Ciudad Valles, en el cual se asentó que su ingreso fue a las 17:50 horas del 10 de septiembre de 2011, que la paciente no coopera, muy inquieta, que debe cooperar porque le quita oxígeno a su bebe, que a las 06:00 horas se pone registro fetal de 120 latidos por minuto y a las 07:48 se recibe neonato masculino sin frecuencia cardiaca, cianótico, sin patrón respiratorio, se aplica resucitación cardica por Médico Pediatra de guardia, sin respuesta.

7.3 Historia clínica perinatal que se elaboró a V1 en el Hospital General de Ciudad Valles de 11 de septiembre de 2011, en el cual se asentó que se recibió producto muerto, masculino, sin signos vitales, se le aplican maniobras de reanimación neonatal por diez minutos sin obtener respuesta.

7.4 Partograma que se elaboró a V1 los días 10 y 11 de septiembre de 2011, en el cual se advierte la frecuencia cardiaca fetal que a las 21:00 horas registraba 140 latidos por minuto, a las 23:00 presentó 150 latidos por minuto, a las 02:00 del 11 de septiembre registró 160 latidos por minuto, a las 03:30 y a las 05:00 registró 160 latidos por minuto con presencia de meconio. Respecto de la dilatación cervical a las 03:30 presentó 3 centímetros y 30% de borramiento, a las 05:00 7 centímetros y 70% de borramiento, a las 06:00 horas 8 centímetros y 90% de borramiento. En observaciones se anotó presencia de líquido meconio pero no se anotó el nombre y firma del médico que realizó las valoraciones.

7.5 Historia clínica obstétrica que se le practicó a V1 y que elaboró la Médica Interno de Pregrado, quien registró como padecimiento salida de líquido con meconio existencia de movilidad fetal con pérdida transvaginales, y con actividad uterina, cérvix con un centímetro de dilatación, se indica inducto conducción.

7.6 Hoja de Urgencias de 10 de septiembre de 2011, en el que se advierte que a las 20:50 horas V1 se encontraba en conducción de trabajo de parto, nota firmada por MR1, Médico Residente en Ginecobstetricia. A las 23:55 horas se asentó, estudios de laboratorio normal, se corrobora bienestar fetal y se agrega antibiótico, firma AR1, Médico Ginecobstetra, desde esa hora y hasta las 8:40 horas del día siguiente no hay ninguna anotación. El 11 de septiembre de 2011 a las 8:40 se advierte nota post parto que dice se recibe producto masculino con circular de cordón, flácido, se aspira con perilla boca, nariz, continúa con bajo tono muscular, pálido se entrega a enfermería. Se continúa dando maniobra de reanimación neonatal por Médicos Pediatra, Médico Adscrito a Ginecobstetricia y Enfermera, producto aún flacido, cianótico, sin presencia de frecuencia cardiaca, termina reanimación 08:05 horas, producto masculino de 2580 gramos con 54 cm. de talla, firman AR2, Supervisor Médico, AR1 Médico Ginecobstetra y MIP1.

7

8. Oficio 2VSI-0136/2012 de 29 de mayo de 2012, mediante el cual este Organismo Estatal solicitó colaboración al Colegio de la Profesión Médica del Estado de San Luis Potosí, para que del análisis de las constancias que integran el Expediente Clínico se emitiera una opinión respecto a la atención médica que recibió V1 en el Hospital General de Ciudad Valles.

9. Oficio 0110/2012/CPM/P, de 13 de agosto de 2012, por el cual el Presidente del Colegio de la Profesión Médica de San Luis Potosí, remitió dictámen técnico de 28 de junio de 2012, suscrito por un Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia, en el cual señala que una vez revisadas las copias certificadas del Expediente Clínico formado a V1 en el Hospital General de Cd. Valles, que:

9.1 Que la presencia de meconio puso a la víctima y su bebé en condición de alto riesgo para la resolución del embarazo.

9.2 Que no existe evidencia clínica o bioquímica de laboratorio de proceso infeccioso, intrauterino o fetal. En el partograma se registra durante el trabajo de

parto salida de meconio a las 02:00 horas, frecuencia cardiaca fetal en el límite superior normal de 160 por minuto persistente.

9.3 Que los médicos becarios en formación, como son los internos de pregrado; no deben tomar las decisiones de manejo en pacientes con complicaciones gestacionales o en embarazos de alto riesgo, como fue el caso.

9.4 Que someter a ciertas pacientes bien seleccionadas con complicaciones del embarazo a inducción o conducción de trabajo de parto, es factible, siempre y cuando se reúnan las condiciones para una adecuada vigilancia y resolución por personal médico especializado.

9.5 Que ante una muerte fetal, debe solicitarse sistemáticamente autorización para autopsia del recién nacido, y en todos los casos enviar un estudio histológico la placenta y cordón umbilical.

8

III. SITUACIÓN JURÍDICA

El 10 de Septiembre de 2011 a las 17:50 horas, V1 quien cursaba un embarazo de 35.5 semanas de gestación, primigesta, acudió al Hospital General de Ciudad Valles, ya que presentaba salida de líquido transvaginal y dolor abdominal, fue valorada por una Médico Interno de Pregrado, quien encontró ruptura prematura de membrana, situación que le informó a la Médico Residente Ginecobstetra, ingresándola al área toco quirúrgica para inducto conducción de trabajo de parto, suministrándole misoprostol y solución mixta de hidratación.

A las 20:00 horas fue valorada nuevamente por la Doctora de Pregrado, quien la encontró con signos normales. A las 21:30 horas, la misma Doctora le practica otra revisión y el Supervisor Médico le instruye que le coloque oxígeno. A las 23:55 horas, la Ginecosbtetra fue informada del cuadro clínico de V1, por lo que revisó los registros e instruyó el retiro del tocográfico, pero no revisó a la víctima.

El 11 de septiembre, a las 02:00 horas, la Médico Interna de pregrado revisó a V1 y le indicó oxitocina. A las 06:00 horas V1 externó que no sentía movimiento fetal, y la Médico Ginecosbtetra revisó el registro de frecuencia cardíaca.

A las 07:00 horas, la Médico Interna de Pregrado, ante la ausencia de la Médico Ginecosbtetra decidió pasar a V1 a sala de expulsión; con ayuda de una enfermera logró expulsar un producto masculino con circular de cordón, flácido, arribando en ese momento el Médico Residente de Pediatría, quien inicia maniobras de reanimación neonatal, pero no presentó frecuencia cardíaca y a las 8:05 horas es declarado producto óbito.

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, con motivo de la denuncia que presentó V1, misma que actualmente se encuentra en trámite.

9

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-0075/2011, 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 servidores públicos del Hospital General de Ciudad Valles, 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 16:40 horas de 10 de septiembre de 2011, acudió al Hospital General de Ciudad Valles, debido a que presentaba dolores propios de labor de parto, al cursar un embarazo de 35.5 semanas de gestación; que fue revisada en varias ocasiones por personal médico del hospital, y le decían que todo estaba bien, a pesar que refería molestias. Aproximadamente las 8:00 horas del 11 de septiembre de 2011, fue llevada a la sala de expulsión donde MPI, Médico Interna de Pregrado y una enfermera la asistieron en el parto, extrayendo un producto sin frecuencia cardiaca, por lo que luego de efectuarle procedimientos de reanimación neonatal MR2, Médico Residente de Pediatría, declaró óbito al producto del embarazo de V1.

10

En efecto, de las anotaciones médicas agregadas al expediente clínico que se integró a V1 en el Hospital General de Ciudad Valles, relativas a las valoraciones médicas de los días 10 y 11 de septiembre 2011, que practicaron AR1, Médico Ginecobstetra, AR2, Médico Supervisor, así como MR1, Médico Residente de Ginecobstetricia y MIP1, Médico Interno de Pregrado, se detectó ruptura prematura de membrana, salida de liquido vaginal, circunstancia que se informó a MR1, y de la que también conocieron AR1 y AR2, y solamente se suministró misoprostol y solución mixta para hidratación.

De las anotaciones médicas, se evidenció que el día 11 de septiembre en el partograma se registraban 160 latidos por minuto, a las 03:30 y a las 05:00 registró 160 latidos por minuto con presencia de meconio. Respecto de la dilatación cervical a las 03:30 presentó 3 cm. de dilatación y 30% de borramiento, a las 05:00 7cm. de dilatación y 70% de borramiento, a las 06:00 de la mañana 8 cm. de dilatación y 90% de borramiento. Y en observaciones se anotó presencia de líquido meconio. Indicadores todos los anteriores que advertían alarma resultando urgente extraer el producto del embarazo.

Aunado a lo anterior, existe registro que en la valoración que se practicó a las 07:00 horas del 11 de septiembre de 2011, V1 hizo saber que ya no sentía

movimientos fetales, motivo por el cual MIP1, médico interna de pregrado, ante la ausencia de la Médico Ginecobotetra y del Médico Residente, decidió pasarla a sala de expulsión donde con el auxilio de una enfermera obtuvo un producto sin frecuencia cardiaca, el fue sometido a técnicas de reanimación por MR2, Médico Residente en Pediatría, quien determinó que se trataba de un producto óbito.

Del análisis de las constancias del expediente clínico se advierte que hubo registro en todo momento del estado de salud que presentaba V1, como la salida de líquido vaginal de color claro, así como del registro de las 23:55 horas en la que se anotó que presentaba ruptura de membranas, ésta última nota signada por AR1, Médico Ginecobotetra.

Aunado a lo anterior y de acuerdo con la declaración que sobre los hechos rindió MIP1, Médico Interna de Pregrado, se pudo constatar que ella en todo momento informó a AR1 y AR2, así como también al Médico Residente de Ginecobotetricia, de las condiciones del estado de salud en que se encontraba V1, esperando alguna instrucción para proceder, sin recibir indicaciones en particular, motivo por el cual y ante el cuadro clínico que presentó la víctima determinó pasarla a trabajo de parto con el resultado de un producto óbito por doble circular de cordón, tal como se asentó en el Certificado de Muerte Fetal de 11 de septiembre de 2011, expedido por la Secretaría de Salud.

Se observó que de las anotaciones que obran en el Expediente Clínico, había tres signos de alarma para proceder a la atención de la víctima, como la salida de líquido, la ruptura de membranas y el constante dolor que presentaba la paciente, a lo cual se le suma el incremento de la frecuencia cardiaca fetal y la presencia de meconio, sin embargo, los Médicos Responsables no tomaron medidas para evitar el riesgo a la salud o la vida del producto como ocurrió en el caso, ya que de acuerdo a las características del caso, se debió poner mayor atención para interrumpir el embarazo y extraer el producto, evitando con ello cualquier complicación. Tampoco realizaron acciones o la práctica de estudios para descartar sufrimiento fetal que ya se estaba presentando de acuerdo a los datos.

Cabe señalar que el sufrimiento fetal es una perturbación metabólica debido a la disminución de los intercambios fetomaternos, de evolución relativamente rápida, que lleva a una alteración de la homeostasis fetal y que puede provocar alteraciones tisulares irreparables o a la muerte fetal. Cuando se detecta el sufrimiento debe realizarse un monitoreo antes que cause un perjuicio a la salud. Es una urgencia obstétrica, y cuando se diagnostica lo indicado es acelerar el nacimiento del producto para evitar que la falta de oxígeno ocasione algún daño a la salud. Datos que, de acuerdo a la evidencia, se revelaron en V1 desde el momento que ingresó al Hospital General, es decir, a las 17:50 horas del 10 de septiembre de 2011, según consta en expediente clínico.

Se observó también que el personal médico del Hospital General de Ciudad Valles, 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.

La adecuada vigilancia obstétrica permite detectar de manera oportuna el sufrimiento fetal de todo producto que presente circular de cordón, circunstancia que no se realizó en el presente 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.

Esta Norma Oficial también señala la importancia de mantener una adecuada vigilancia obstétrica para detectar en forma oportuna el sufrimiento fetal del producto, ya que la mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para el recién

nacido 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 preventivas.

De acuerdo con la evidencia, 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, como el dolor constante, la ruptura prematura de membrana y salida de líquido trasvaginal, lo cual generó complicaciones durante la evolución del embarazo y principalmente del trabajo de parto.

Con la omisión del personal médico responsable para llevar a cabo una vigilancia estrecha y continua del producto del embarazo, y detectar la presencia de datos de sufrimiento fetal, no se detectó a tiempo la doble circular de cordón que presentó el producto, no obstante los signos de alarma, lo que desencadenó un proceso asfíctico al producto fetal con el cordón umbilical que ocasionó su muerte lo que era previsible, a pesar de que se encontraba interna en el Hospital y se encontraba bajo observación médica.

Llama la atención el hecho de que la mayor parte de la atención de V1 estuvo a cargo de personal médico becario en formación, y de acuerdo a la opinión técnica del Colegio de la Profesión Médica, los internos de pregrado no deben tomar decisiones de manejo en pacientes con complicaciones gestacionales o en embarazos de alto riesgo, debido a que, someter a este tipo de pacientes a inducto conducción de trabajo de parto, debe siempre reunir las condiciones de una adecuada vigilancia y resolución por parte de personal médico especializado, lo que en el presente caso no ocurrió, ya que la decisión para realizar el trabajo de parto, la tomó MIP1, Médico Interna de Pregrado, ante la ausencia de la Médico Ginecobstetra encargada del área correspondiente.

La causa del fallecimiento descrita en el certificado de defunción, esto es, la interrupción de la circulación materno fetal como consecuencia de la doble circular

de cordón al cuello, sumada a la falta de una adecuada atención por parte del personal médico del Hospital General de Ciudad Valles, que hubiera permitido ubicar que el producto presentaba sufrimiento fetal, y con ello determinar la interrupción del embarazo, quedó acreditada 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 General de Ciudad Valles, 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.

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, y 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 General de Ciudad Valles 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.

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, sin que se haya anotado la firma de quien revisó a la paciente. Se observó que en la Hoja de Urgencias, entre la revisión de las 23:55 del 10 de septiembre de 2011 a las 08:40 del día siguiente no obra ninguna anotación, sin embargo MIP1, en su declaración aseguró que hubo otras revisiones en ese lapso, una en la que participó AR2, Supervisor Médico. Esta omisión incumple los numerales 5.1, 5.2, y 5.9 de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, 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, y la firma de quien lo elabora.

15

Al respecto resulta aplicable el criterio que sustentó la Corte Interamericana de Derechos Humanos, en el Caso “Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”, de 22 de noviembre de 2007, párrafo 68, en el cual señaló 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 General de Ciudad Valles se apartó de lo dispuesto 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, 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, tampoco observaron 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, que obliga a todo servidor público a cumplir con la máxima diligencia el servicio que le sea encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause la suspensión o deficiencia de dicho servicio. Por lo que el incumplimiento a esta obligación será causa de responsabilidad administrativa.

17

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.

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.

18

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 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 o psicológica que requiera, con motivo de la responsabilidad institucional en que incurrió el personal del Hospital General de Ciudad Valles, y envíe a esta Comisión las constancias de cumplimiento.

SEGUNDA. Instruya a quien corresponda, a fin 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.

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

CUARTA. Instruya al Director del Hospital General de Ciudad Valles que tome las medidas pertinentes a efecto de que los médicos internos de pregrado tomen decisiones bajo la supervisión y vigilancia de los médicos responsables de cada área del hospital o de los médicos residentes en su caso, y remita a esta Comisión las constancias que acrediten este cumplimiento.

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

expediente clínico y Atención a la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio, y envíe a esta Comisión las constancias 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 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.

20

Finalmente, con fundamento en los artículos 102, apartado B, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y 29, de la Ley de la Comisión Estatal de Derechos Humanos, en caso de que la recomendación no sea aceptada o cumplida, deberá fundar, motivar y hacer pública su negativa; aunado a que este Organismo Público, podrá solicitar su comparecencia ante el Congreso del Estado, para que explique el motivo de su negativa.

EL PRESIDENTE

LIC. JORGE VEGA ARROYO



COMISIÓN ESTATAL DE
DERECHOS HUMANOS
SAN LUIS POTOSÍ

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