

RECOMENDACIÓN No. 30/2019

SOBRE EL CASO DE INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA
EN EL HOSPITAL GENERAL DE MATEHUALA QUE SE
COMETIÓ EN AGRAVIO DE V1.

San Luis Potosí, S.L.P, a 24 de diciembre de 2019

**DRA. MÓNICA LILIANA RANGEL MARTÍNEZ
DIRECTORA GENERAL DE LOS SERVICIOS
DE SALUD DE SAN LUIS POTOSÍ**

Distinguida Directora:

1. La Comisión Estatal de Derechos Humanos, con fundamento en los artículos 1, párrafos primero, segundo y tercero, y 102 apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 17 de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de San Luis Potosí; 3, 4, 7 fracción I, 26 fracción VII, 33 fracciones IV y XI, 137 y 140, de la Ley de la Comisión Estatal de Derechos Humanos, así como 111, 112, 113 y 114 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias contenidas en el expediente 4VQU-043/18, sobre el caso de violaciones a los derechos humanos cometidas en agravio de V1.

2. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 22 fracción I, de la Ley de la Comisión Estatal de Derechos Humanos, y 3, fracciones XVIII, XXXV y XXXVII de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de San Luis Potosí, y con el propósito de proteger los nombres y datos de las personas involucradas en la presente recomendación, se omitirá su publicidad. Esta información solamente se hará de su conocimiento a través de un listado anexo que describe el significado de las claves utilizadas, con el compromiso de que dicte las medidas de protección correspondiente, y visto los siguientes:

I. HECHOS

3. Este Organismo Estatal inició la investigación por posibles violaciones a los derechos humanos de V1, en relación a la atención médica que recibió en el Hospital General de Matehuala, del Estado de San Luis Potosí, con motivo de su embarazo que tuvo como resultado muerte fetal del producto de la gestación.

4. V1 señaló que el 29 de diciembre de 2017, acudió al Hospital General de Matehuala, toda vez que con motivo de su embarazo presentaba dolor en el vientre, que la médica que la atendió le dijo que a partir de esa fecha acudiera cada tercer día, por lo que acudió a valoración cada tercer día, que el 14 de enero de 2018, empezó a sentir poco movimiento de su bebé y acudió nuevamente a valoración médica y la doctora le dijo que la bebé estaba lista para nacer pero que ese día no había ginecólogo ni anestesiólogo y regresara el 15 de enero de 2018.

5. La víctima precisó que el 15 de enero de 2018, regresó al Hospital General de Matehuala, y el médico que la atendió le dijo que todavía tenía que esperar después del 18 de enero, una semana más; sin embargo, al realizarse una revisión general el médico se percató que el producto de la gestación ya no reportaba frecuencia cardíaca fetal, y le dijo que tenía que esperar a que presentara dolores de parto para la obtención del producto obitado.

6. V1 señaló que aproximadamente a las 22:00 horas del 16 de enero de 2018, comenzó a presentar contracciones inherentes al trabajo de parto y el personal de enfermería no le aviso al médico indicándole que no se le podía despertar, que fue otro médico que fuera de su horario de trabajo se quedó a atender el parto porque el feto ya estaba muerto y se estaba poniendo en riesgo su vida.

7. Para la investigación de la queja, se radicó el expediente 4VQU-043/2018, dentro del cual se recopilaron datos y documentos relacionados con los hechos, se solicitó información a la autoridad señalada como responsables, se entrevistó a la víctima, se recabó expediente clínico, opinión médica, cuya valoración es objeto de análisis en el capítulo de Observaciones de la presente.

II. EVIDENCIAS

8. Acta circunstanciada de 27 de marzo de 2018, en la que se personal de este Organismo hizo constar la comparecencia de V1, quien presentó queja en contra del personal del Hospital General de Matehuala por la inadecuada atención médica que recibió con motivo de su embarazo, cuyo resultado fue producto obitado.

9. Oficio 1143 de 19 de abril de 2018, firmado por el Director del Hospital General de Matehuala de los Servicios de Salud del Estado, con relación a los hechos de la queja presentada en agravio de V1, rindió un informe en el que precisó:

9.1 Que en ningún momento se le negó la atención médica a V1, que con base a los registros que obran en el expediente clínico de la usuaria, no se encontró registro de atención el 29 de diciembre de 2017, sin embargo se registró atención en el triage obstétrico aproximadamente a las 24:10 horas del 27 de diciembre de 2017, quien fue catalogada en color verde y atendida por médico de turno, encontrando abdomen con fondo uterino de 30 cm, frecuencia cardiaca fetal de 145, dorso longitudinal izquierdo, no actividad uterina, se diagnosticó 40.1 semanas de edad gestacional por fecha de última regla.

9.2 El 14 de enero de 2018, V1 acudió al área de tocología, se encontró sin pérdidas transvaginales, con dinámica fetal presente, ni datos de vaso espasmos, con útero de 30 cm, frecuencia cardiaca fetal de 138 latidos por minuto, el ginecólogo en turno decidió alta y cita al día siguiente para valorar evolución, atendiendo a los criterios de la Guía Práctica Clínica IMSS-052-08 Vigilancia y Manejo el Trabajo de Parto en embarazo de bajo riesgo, ya que V1 no contaba en ese momento con criterios de admisión en maternidades hospitalarias, es decir: actividad uterina regular (contracciones de 2 a 4 en 10 minutos) acompañadas de dolor abdominal en hipogastrio y cambios cervicales (borramiento cervical de 50% a 80% y dilatación de 3 a 4 cm), por consiguiente no se requería en ese instante de intervención del ginecólogo y anesthesiólogo.

9.3 A las 08:05 horas del 15 de enero de 2018, V1 acudió al mencionado hospital y recibió la atención médica oportuna y urgente, por presentar ausencia de movimientos fetales, a la revisión se encontró abdomen gestante con producto único sin frecuencia fetal. Se asigna diagnóstico de embarazo intrauterino de 40.4 semanas de edad gestacional más óbito, por lo que se decidió su hospitalización para manejo médico del óbito bajo inducción de parto vaginal (manejo intervencionista), el cual estuvo monitoreado por medio de personal de enfermería de forma continua y alertas de que no se presentara algún síntoma que pusiera en peligro la vida de V1.

9.4 Que no se le practicó cesárea a V1, debido a las condiciones maternas pues la usuaria no presentaba criterios como hemorragia, preclamsia o desprendimiento de placenta normointensa lo anterior de acuerdo con el catálogo maestro Guías de Práctica Clínica IMSS-567-12, Diagnóstico y tratamiento de muerte fetal con feto único. A las 00:30 horas del 17 de enero de 2018, se realizó episiotomía media lateral derecha, obteniéndose producto femenino sin frecuencia fetal, de 3.230 kilogramos y talla de 50 centímetros, se pasó a V1 a alojamiento conjunto donde evolucionó satisfactoriamente el puerperio fisiológico, por lo que se autorizó su egreso a las 12:00 horas del 18 de enero de 2018 por mejoría clínica en tratamiento ambulatorio de doble esquema de antibiótico y con cita en una semana a control en centro de Salud.

9.5 Que los médicos que atendieron a V1, fueron seis médicos generales y una ginecobstetra.

9.7 Certificado de muerte fetal de 171081521 de 17 de enero de 2018, en el que se asentó que la causa de muerte fetal fue óbito fetal.

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

10.1 Formato de registro para la atención en el área Triage Obstétrico de 25 de diciembre de 2017, en la que se asentó que V1 acudió a revisión médica.

10.2 Historia clínica y nota de tocología de 25 de diciembre de 2017, en la que se asentó que V1 presentó a la exploración abdomen blando, depresible, ocupado por útero gestante de 31 centímetros, frecuencia cardiaca fetal de 141 latidos por minuto, tacto vaginal, cérvix posterior, extremidades integrales. Diagnóstico de embarazo de 39.6 semanas de gestación.

10.3 Formato de registro para la atención en el área Triage Obstétrico de 27 de diciembre de 2017, en la que se asentó que V1 acudió a revisión por embarazo de 40.4 semanas de gestación por fecha de última regla y dolor tipo obstétrico.

10.4 Formato de registro para la atención en el área Triage Obstétrico de 3 de enero de 2018, en la que se asentó que V1 acudió a revisión por embarazo prolongado.

10.5 Historia clínica y nota de tocología de 3 de enero de 2018, en la que personal médico asentó que a la revisión de V1, encontró abdomen con útero gestante con producto único vivo cefálico, longitudinal dorso izquierdo con frecuencia cardiaca fetal de 142 latidos por minuto, movimientos fetales presentes, cérvix centralizado con 60% de borramiento dehiscente y valsalva negativos, pelvis ginecoide, extremidades sin edema, ultrasonido del 8 de diciembre de 2017, con embarazo intrauterino de 35 semanas de gestación por fotometría promedio ILA 12cc, flujos doppler en límites normales peso de 2,591 gramos traspolado para el 3 de enero de 2018 con 38 semanas de gestación. Diagnóstico de gestación de embarazo de 38.6 semanas de gestación por ultrasonido, sin trabajo de parto.

10.6 Formato de registro para la atención en el área Triage Obstétrico de 11 de enero de 2018, en la que se asentó que V1 acudió a revisión ginecológica, siendo referida con prioridad verde de atención.



COMISIÓN ESTATAL DE
DERECHOS HUMANOS
SAN LUIS POTOSÍ

10.7 Historia clínica y nota de tocología de 11 de enero de 2018, en la que personal médico asentó que a la revisión de V1, encontró abdomen con útero gestante con producto único vivo cefálico, longitudinal dorso izquierdo con frecuencia cardiaca fetal de 150 latidos por minuto, movimientos fetales presentes, con 60% de borramiento, 1 cm de dilatación, amnios integro tarnier y valsalva negativa, pelvis ginecoide, extremidades sin edema, ultrasonido del 8 de diciembre de 2017, con embarazo intrauterino de 35 semanas de gestación por fotometría promedio ILA 12cc, flujos doppler en límites normales. Diagnóstico de gestación de embarazo de 40 semanas de gestación más ultrasonido y pródromos de trabajo de parto. Pronostico ligado a evolución, con indicaciones de cita a urgencias y se realizó registro cardiotocográfico.

10.8 Historia clínica y nota de tocología del 14 de enero de 2018 en la que personal médico asentó que a la revisión de V1, encontró abdomen blando, depresible, ocupado por útero grávido de 30 centímetros, producto único vivo, con frecuencia cardiaca fetal de 138 latidos por minuto. Tacto vaginal; cérvix posterior, formado, cerrado, extremidades integras, ROTS normales. Se comentó caso con área de ginecología, quien comentó que no hay indicación de cesárea por lo que se le solicitó a V1 que acudiera por la mañana a revaloración y se le informan datos de alarma.

10.9 Hoja de hospitalización del 15 al 18 de enero de 2018, en la que personal del Hospital General de Matehuala asentó que V1 presentaba producto obitado y se atendió trabajo de parto.

10.10 Formato de registro para la atención en el área Triage Obstétrico de 15 de enero de 2018, en la que se asentó que V1 requirió de revisión ginecológica.

10.11 Historia clínica y nota de tocología de 15 de enero de 2018, en la que personal médico asentó que V1 fue diagnosticada con gestación única de embarazo intrauterino de 40 semanas de gestación de primer trimestre más óbito.

10.12 Hoja de evolución de 15 de enero de 2018, en la que personal médico asentó que V1 de 31 años de edad, presentó producto obitado. Lo demás ilegible.

10.13 Hoja de egreso y contrareferencia de 15 de enero de 2018, en el que se asentó que V1 ingresó para valoración tipo obstétrico, disminución de movimientos fetales se exploró producto obitado y se atendió parto. Egresó por mejoría el 18 de enero de 2018.

10.14 Estudio socioeconómico de 15 de enero de 2018, en la que se asentó que V1, en ese entonces de 31 años de edad.

10.15 Hoja de evolución de 16 de enero de 2018, en la que se asentó que a las 14:50 horas, V1 presentó útero gestante con producto obitado al tacto con cérvix central, 7 centímetros de dilatación, 50% de borramiento, amnios integro, extremidades sin alteraciones. Plan de atención continuó con conducción de trabajo de parto.

10.16 Hoja de evolución de 16 de enero de 2018, en la que se asentó que a las 20:38 horas, V1 presentó actividad uterina regular, 90% de borramiento, amnios roto, extremidades integras sin edema, diagnóstico con embarazo de 40 semanas de gestación con producto obitado.

10.17 Hoja de evolución de 17 de enero de 2018, en la que se asentó que a las 07:30 horas, V1, continuaba con diagnóstico de puerperio más óbito.

10.18 Hoja de evolución de 18 de enero de 2018 en la que personal médico asentó que V1 presentó puerperio mediato pos parto/producto obitado actualmente se refiere asintomática, tolera vía oral, con signos vitales dentro de los parámetros normales, hemodinamicamente estable.

10.19 Historia clínica de perinatología sin fecha, en la que se asentó que la terminación del parto fue espontaneo, tipo de parto vaginal, presencia de líquido amniótico meconial, circular de cordón umbilical, placenta normal, neonato mujer

nacimiento de producto obitado el 17 de enero de 2018 a las 00:30 horas, peso de 3.250 kilogramos y talla de 50 centímetros, calificación apgar 0.

11. Oficio 4VOL-0033/18, de 14 de septiembre de 2018, suscrito por el Cuarto Visitador General de este Organismo Estatal por el cual se solicitó al Presidente del Colegio de la Profesión Médica del Estado de San Luis Potosí, una opinión médica de la atención brindada que recibió V1 en el Hospital General de Matehuala.

12. Opinión Médica de 14 de mayo de 2019, que realizó un médico especialista del Colegio de la Profesión Médica del Estado de San Luis Potosí, donde concluyó que la atención médica proporcionada a V1 por parte de personal médico del Hospital General de Matehuala, no fue realizada en forma adecuada, oportuna, completa y eficaz, ya que el resultado final que se obtuvo fue un producto obitado.

12.1 Que, aunque la responsabilidad mayor es institucional ya que la forma como está organizado es la atención en área de urgencias obstétricas es realizada por médicos generales y no por médicos especialistas en ginecología.

12.2 Que las omisiones y acciones indebidas fueron: atención inadecuada, V1 tenía un índice de masa corporal de 35 (obesidad) nunca fue valorada por especialista durante el embarazo, ni al iniciar el trabajo de parto. Al tener un embarazo prolongado por fecha de última menstruación requería un tipo de atención más cuidadoso y mayor vigilancia, estudios y pruebas de bienestar fetal que corroboraran las condiciones fetales, al no ser valorada por ginecólogos, nunca se le realizaron las pruebas adecuadas.

12.3 Que existió atención inoportuna, ya que la hipoxia perinatal es uno de los problemas mayores y se debe a la asfixia perinatal y al riesgo de aspiración de meconio, este riesgo de asfixia aumenta progresivamente a partir de la semana 40 Nunca se detectaron alteraciones cardiotocográfico ni de líquido amniótico, ya que las valoraciones siempre fueron realizadas por médico general no por médico especialista ginecólogo.

12.4 La atención fue incompleta V1 fue valorada por médico general en área de urgencias maternidad sin detectar o corroborar bienestar fetal o la falta de este. Es incongruente que un médico general valore a las pacientes en área de urgencias obstétricas, no lo marca así la normativa. La atención fue ineficaz ya que el resultado obtenido fue un producto óbito.

12.5 Que estas omisiones si eran previsibles para la ciencia médica ya que se estima que el 70-80% de éstas se originan por cuidados inadecuados en ultimo trimestre o durante trabajo de parto o por no contar con el personal capacitado para realizar una valoración adecuada en área de urgencias maternidad, es responsabilidad institucional tener el suficiente personal y la capacidad óptima para poder realizar esta función en el área respectiva.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

9

13. V1, cursó un embarazo en el Centro de Salud República en el municipio de Matehuala, San Luis Potosí, siendo programada para fecha probable de parto el 11 de enero de 2018, por lo que en las últimas semanas de gestación acudió al Hospital General de Matehuala para recibir atención especializada en ginecología, lo cual no sucedió, teniendo como resultado muerte fetal.

14. Los hechos indican que el 25 de diciembre de 2017, V1, acudió por primera vez al Hospital General de Matehuala para seguimiento y valoración especializada en el área de ginecología siendo diagnosticada con 39.6 semanas de gestación, y el 27 de ese mismo mes y año acudió por segunda ocasión al presentar dolor tipo obstétrico determinándose que por fecha de ultima regla ya presentada 40.4 semanas de gestación.

15. Los días 3, 11 y 14 de enero de 2018, V1 acudió al Hospital General de Matehuala para revisión médica para resolución de embarazo. El 11 de enero de 2018, fecha probable de parto inició con dolores inherentes a trabajo de parto (pródromos de trabajo de parto) por lo que se le dieron indicaciones para cita en caso de urgencias y se realizó registro cardiotocográfico. El 14 de enero de 2018,

en la nota médica elaborada por médico general asentó que se comentó caso a personal de ginecología, quien señaló que no había indicaciones para cesárea por lo que pidió a V1 que regresara al día siguiente para revaloración.

16. El 15 de enero de 2018, V1 fue atendida por personal médico del Hospital General de Matehuala, siendo valorada por médico especialista en ginecología quien determinó que ya no se registraba frecuencia cardiaca fetal al producto de la gestación de V1, por lo que fue internada para conducción de trabajo de parto ya que solo presentaba 7 centímetros de dilatación y 50% de borramiento. A las 00:30 horas del 17 de enero de 2018, se obtuvo resolución de embarazo con registro de producto obitado.

17. Cabe precisar que, a la fecha de elaboración de la presente Recomendación, no se obtuvieron constancias de que se hubiera iniciado un procedimiento administrativo de investigación relacionado con los hechos en contra de los servidores públicos que atendieron el caso, para efectos de deslindar la responsabilidad en que pudieran haber incurrido, ni se comunicó a esta Comisión Estatal que se hayan realizado acciones sobre el pago de la reparación del daño

10

IV. OBSERVACIONES

18. Es importante señalar que la actuación de toda autoridad debe tener como objetivo principal el respeto, protección y garantía de los derechos humanos, por lo que esta Comisión Estatal hace hincapié en la necesidad de que los servidores públicos cumplan con el deber que les exige el cargo público, que lo realicen con la debida diligencia en el marco de lo que establece el artículo 1, párrafo tercero, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, de que todas las autoridades están obligadas a promover, respetar, proteger y garantizar el ejercicio efectivo de los derechos humanos.

19. Resulta pertinente enfatizar que a este Organismo Público Autónomo tampoco le compete la investigación de los delitos, sino indagar sobre las posibles violaciones a derechos humanos, analizar el desempeño de los servidores

públicos en relación a las quejas sobre vulneración a los mismos, se repare el daño causado, se generen condiciones para la no repetición de hechos violatorios, velar para que las víctimas o sus familiares tengan un efectivo acceso a la justicia, y en su caso, se sancione a los responsables de las violaciones cometidas.

20. En este contexto, atendiendo al interés superior de las víctimas del delito, y del abuso de poder reconocido en el derecho internacional de los Derechos Humanos, con fundamento en los artículos 1, párrafos primero, segundo y tercero; 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 2, 3, 4, 5 y 6 y demás relativos de la Declaración sobre los Principios Fundamentales de Justicia para las Víctimas de Delitos y del Abuso de Poder, se emite la presente Recomendación favoreciendo en todo tiempo a las víctimas la protección más amplia que en derecho proceda.

21. Del análisis lógico jurídico realizado al conjunto de evidencias que integran el expediente de queja, 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 Servicios de San Luis Potosí a través de la atención proporcionada en el Hospital General de Matehuala, derivado de la inadecuada atención médica que tuvo como consecuencia producto obitado.

22. De las evidencias que al respecto se recabaron se observó que el 25 y 27 de diciembre de 2017, V1, acudió al Hospital General de Matehuala para control de embarazo al presentar 40.4 semanas de gestación por fecha de última regla, además de haber comenzado con dolor tipo obstétrico, toda vez que se le había indicado en el control del embarazo que la fecha probable de parto era el 11 de enero de 2018, sin embargo los días 3, 11 y 14 de enero de 2018 que acudió al mencionado Hospital General no recibió valoración ginecológica, sino hasta el día 15 de enero que se le indicó acudiera a revaloración para pasar con especialista en ginecología, y a su revisión médica se le informó que el producto de la gestación no presentaba frecuencia cardíaca fetal siendo hospitalizada para conducción de trabajo de parto de producto obitado.

23. En el certificado de muerte fetal con número de folio 171081521 de 17 de enero de 2018, se determinó que la causa de muerte fetal fue óbito fetal.

24. Es importante precisar que V1, cursó su control prenatal en el Centro de Salud "República" en el mismo municipio de Matehuala, que a partir del 25 de diciembre de 2017 acudió al Hospital General de Matehuala y que durante las revisiones médicas subsecuentes fue atendida en las fechas citadas en líneas arriba, por médicos generales aun y cuando acudió al área de ginecología y obstetricia.

25 De las constancias que integran el expediente clínico se advirtió que el 14 de enero de 2018, el personal médico a cargo asentó en la historia clínica y nota de tocología que V1 acudió a revisión con producto único vivo, frecuencia cardiaca de 138 latidos por minuto, cérvix posterior formado, cerrado y extremidades integra, por lo que comentó el caso en el área de ginecología sin especificar nombre de médico, quien le comentó que en el caso de V1, no había indicación de realizarle una cesárea por lo que solo se le indicaron datos de alarma y que acudiera al siguiente día a revaloración.

26. En este orden de ideas, al acudir a revalorización el 15 de enero de 2018, V1 fue atendida por primera vez por una ginecoobstetra del Hospital General de Matehuala quien le indicó que el producto de la gestación ya no presentaba frecuencia cardiaca fetal.

27. Es importante destacar que en el caso de V1, desde el 27 de diciembre de 2017, estuvo siendo atendida en el Hospital General de Matehuala, que su fecha probable de parto era el 11 de enero de 2018, por lo que V1 acudió a las valoraciones que tuvo programadas desde diciembre de 2017, destacándose que incluso el día de probable parto acudió al multicitado hospital y se diagnosticó que ya presentaba 40 semanas de gestación por ultrasonido y pródromos de trabajo de parto, por lo que a partir del 11 de enero requería de una atención especializada para determinar la conducción o resolución del parto y no como ocurrió que la médico especialista la valora hasta que se detecta que el producto de la gestación ya no presentaba frecuencia cardiaca fetal.



COMISIÓN ESTATAL DE
DERECHOS HUMANOS
SAN LUIS POTOSÍ

28. En la opinión emitida por médico especialista del Colegio de la Profesión Médica del Estado de San Luis Potosí, en el apartado de análisis se señala que V1 tuvo 4 consultas de control prenatal y 6 valoraciones en urgencia de maternidad en diciembre 2017 y enero de 2018. Estas valoraciones fueron realizadas por Médico General, nunca por especialista de ginecología y obstetricia.

29. La historia clínica de V1 menciona una fecha de última menstruación 22 de marzo de 2017 y fecha probable de parto de 29 de diciembre de 2017. En la institución pública nunca se le realizó un ultrasonido obstétrico, V1 se realizó uno en forma particular, el primero a las 13 semanas de gestación, reporta fecha probable de parto 12 de enero de 2018, son dos semanas de diferencia con la fecha de la última menstruación.

30. De las seis valoraciones que le realizó el médico general en urgencias de maternidad, no hay reporte de ningún ultrasonido donde se valore índice de líquido amniótico, movimientos fetales activos, tampoco hay reporte de confirmación de óbito fetal por ultrasonido, nunca se le realizaron estudios de bienestar fetal y flujo doppler materno y fetal.

31. Además se precisó que V1 estuvo alrededor de 38 horas, en trabajo de parto, utilizando oxitocina, no se le aplicó analgesia obstétrica, aparentemente V1 no quiso su aplicación. En el certificado de muerte fetal solo se menciona como causa directa de la muerte, óbito fetal no menciona ninguna condición fetal o materna. En la nota postparto no menciona aspecto de piel, otros signos de muerte fetal, solo reporta líquido meconial. No se solicitó autopsia del producto, ni estudio histopatológico de placenta, cordón umbilical, membranas fetales.

32. Por tanto, la opinión médica concluyó que la atención médica proporcionada a V1 por parte de personal médico del Hospital General de Matehuala, no fue realizada en forma adecuada, oportuna, completa y eficaz, ya que el resultado final que se obtuvo fue un producto obitado.

33. En las conclusiones se asentó que las omisiones y acciones indebidas fueron: atención inadecuada porque V1 tenía un índice de masa corporal de 35 (obesidad) nunca fue valorada por especialista durante el embarazo, ni al iniciar el trabajo de parto. Al tener un embarazo prolongado por fecha de última menstruación requería un tipo de atención más cuidadoso y mayor vigilancia, estudios y pruebas de bienestar fetal que corroboraran las condiciones fetales, al no ser valorada por ginecólogos, nunca se le realizaron las pruebas adecuadas.

34. Además se señala que existió atención inoportuna, considerándolo porque la hipoxia perinatal es uno de los problemas mayores y se debe a la asfixia perinatal y al riesgo de aspiración de meconio, este riesgo de asfixia aumenta progresivamente a partir de la semana 40 de gestación. Nunca se detectaron alteraciones cardiotocográfico ni de líquido amniótico, ya que las valoraciones siempre fueron realizadas por médico general, no por médico especialista ginecólogo.

35. En consecuencia, con lo anterior, en el mismo documento se asentó que la atención fue incompleta e ineficaz en el área de urgencias de maternidad del Hospital General de Matehuala porque el resultado fue producto obitado.

36. Por tanto, se señala que, aunque la responsabilidad mayor es institucional ya que la forma en como está organizado la atención en área de urgencias obstétricas es realizada por médicos generales y no por médicos especialistas en ginecología, que pudiera determinar la conducción o resolución del parto; estas omisiones si son previsibles para la ciencia médica ya que se estima que el 70-80% de éstas se originan por cuidados inadecuados en último trimestre o durante trabajo de parto o por no contar con el personal capacitado para realizar una valoración adecuada en área de urgencias maternidad, es responsabilidad institucional tener el suficiente personal y la capacidad óptima para poder realizar esta función en el área respectiva.

36. Este orden de ideas, de acuerdo con la evidencia y la opinión médica que al respecto se recabó, quedó acreditado la relación causa efecto de la inadecuada

atención médica de V1, y, con ello, la responsabilidad institucional que en materia de derechos humanos es atribuible, toda vez que estas omisiones si eran previsibles para la ciencia médica.

37. De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida, sobre las atenciones subsecuentes al embarazo los puntos 5.3.1.12 y 5.3.1.16 señalan que se debe proporcionar información completa a la embarazada y a sus familiares, sobre signos y síntomas de alarma que ameriten una atención inmediata en el establecimiento para la atención médica, la elaboración de un plan de seguridad para la atención del parto o ante una urgencia obstétrica. Que el control prenatal debe ser realizado por personal calificado para la atención prenatal.

15

38. En este contexto, es importante señalar que una de las finalidades del derecho a la protección de la salud, reconocido en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, es que el Estado garantice de manera eficaz y oportuna las necesidades de los usuarios que acuden a los centros de salud públicos, protegiendo, promoviendo y restaurando la salud de los pacientes, para lo cual resulta indispensable que de conformidad con el artículo 1, párrafo tercero, de nuestra Carta Suprema, las autoridades garanticen el derecho humano a la salud con base a los principios de progresividad el cual constituye el compromiso de los Estados para adoptar providencias, especialmente económica y técnica, para lograr progresivamente la plena efectividad de los derechos que se derivan de las normas económicas sociales.

39. En otro aspecto de la evidencia, se advirtió omisiones en la integración del expediente clínico que se integró a V1 en el Hospital General de Matehuala, ya que la hoja de evolución de 15 de enero de 2018, esta ilegible.

40. Respecto a la integración del expediente clínico, no se cumplió la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico, que en sus numerales 4.4,5.10 y 6.1.6 establecen que los prestadores de servicios de

atención médica de los establecimientos públicos estarán obligados a integrar y conservar el expediente clínico, que deberá contener las notas medicas de evolución, la cual deberá elaborarla el médico cada vez que proporciona atención al paciente, que se incluya nombre completo, lo que en el caso no aconteció.

41. 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.

42. 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.

43. 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.

44. Asimismo, la Suprema Corte de Justicia de la Nación, en la Contradicción de Tesis 239/2011, precisó que los criterios jurisprudenciales de la Corte Interamericana de Derechos Humanos son vinculantes para México, con independencia de que haya sido o no parte del litigio; que esa fuerza vinculante se

desprende del artículo 1 Constitucional ya que el principio pro persona obliga a resolver atendiendo a la interpretación más favorable a la persona.

45. De igual manera, en el presente caso se inobservó el contenido de los artículos 4, párrafos cuarto y octavo de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 2, fracciones I, II y V; 3, fracciones II y IV; 23, 27, fracciones III, IV y X; 32, 33, 51, 61, fracciones I y II; 61 Bis y 63 de la Ley General de Salud; así como el contenido de las Normas Oficiales Mexicanas NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida y NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico.

46. También se incumplió lo que señalan los artículos 4.1 y 19 de la Convención Americana Sobre Derechos Humanos; 6.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; 12.1 y 12.2, incisos a) y d), del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; 3, 25.1 y 25.2 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos; I, VII y XI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; 10.1, 10.2, incisos a) y d), y 16 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; que, en síntesis, establecen el derecho a la vida, la obligación del Estado de asegurar la plena efectividad y alcance del más alto nivel de salud, así como las medidas necesarias que se deben adoptar para garantizar el disfrute del servicio médico.

47. 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.

48. En el mismo sentido, pero en términos de los artículos 1, 2, fracción I, 7, fracciones II, VI, VII y VIII; 8, 26, 27, 64, fracciones I, II y VI; 96, 106, 110, fracción V, inciso c); 111, 126, fracción VIII; 130, 131 y 152 de la Ley General de Víctimas, así como de los artículos 61, 63, 64, 64 fracción I, 67, 68, 70 y 88 fracción II, 97 fracción I, de la Ley de Víctimas para el Estado de San Luis Potosí, al acreditarse violaciones a los derechos humanos en agravio de V1 y se deberá inscribir en el Registro Estatal a cargo de la Comisión Ejecutiva Estatal de Atención a Víctimas.

49. En concordancia con ello y con el propósito de evitar que hechos como los analizados en el presente caso se repitan, es necesario que las autoridades impulsen la capacitación a sus servidores públicos orientada hacia el correcto ejercicio del servicio y el respeto de los derechos humanos, en materia de protección a la salud, enfatizando el conocimiento, manejo y observancia de las Normas Oficiales Mexicanas Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida y NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico, así como la Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico de Enfermedad Hipertensiva del Embarazo.

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

V. RECOMENDACIONES

PRIMERA. Para garantizar a V1 el acceso a la Reparación del Daño, instruya a quien corresponda para que colabore con este Organismo en la inscripción de la misma en el Registro Estatal de Víctimas previsto en la Ley de Atención a Víctimas para el Estado de San Luis Potosí, para que en los términos en que resulte procedente de acuerdo al mismo ordenamiento legal, con motivo de la violación a derechos humanos precisados en la presente Recomendación, se le otorgue atención psicológica especializada y en su caso, previo agote de los procedimientos que establece la Ley de Atención a Víctimas tenga acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, así como a todas aquellas

medidas que le beneficie en su condición de víctima. Se envíen a esta Comisión Estatal las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Como garantía de no repetición, gire instrucciones a efecto de que en el Hospital General de Matehuala cuente con personal capacitado para realizar la valoración adecuada en área de urgencias maternidad, toda vez que es responsabilidad institucional tener el suficiente personal y la capacitación óptima para poder realizar esa función en el área respectiva, y envíe a esta Comisión las constancias que acrediten su cumplimiento.

TERCERA. Gire instrucciones precisas a efecto de que, el Titular de la Contraloría Interna de Servicios de Salud a su digno cargo, investigue de manera pronta, exhaustiva, diligente, acuciosa, puntual, ágil, completa, imparcial, objetiva, expedita, independiente, autónoma, objetiva, técnica y profesional, debiéndose desahogar sin demora, las diligencias efectivas para el debido procedimiento y pronta resolución del Procedimiento Administrativo que inicie con motivo de la vista que realizó este Organismo con motivo de los hechos que originaron el presente pronunciamiento, para que se determine la responsabilidad administrativa en que pudieron incurrir servidores públicos que atendieron a V1, específicamente el 14 de enero de 2018, fecha en que personal médico únicamente asentó que comentó el caso con ginecología, sin especificar nombre, y en historia clínica y la nota de tocología sólo se anotó que no había indicación de cesárea sin que existiera una valoración por especialista en ginecología. Debiéndose aportar la información que al respecto le sea solicitada y tenga a su alcance.

CUARTA. Gire sus instrucciones para que se imparta a los servidores públicos del Hospital General de Matehuala, sobre una 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 NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida y NOM-004-SSA3-2012 del expediente

clínico, y envíe a esta Comisión las constancias que acrediten su cumplimiento, y envíe a esta Comisión las constancias que acrediten su cumplimiento.

51. 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.

52. Conforme a lo dispuesto en el artículo 113 del Reglamento de la Ley de la Comisión Estatal de Derechos Humanos, la respuesta sobre la aceptación de la recomendación, deberá enviarse dentro del término de diez días hábiles siguientes a su notificación, lo contrario dará lugar a que se interprete que la misma no fue aceptada. En todo caso, las acciones relacionadas con el cumplimiento de la recomendación, deberán informarse dentro de los quince días hábiles siguientes a la fecha en que haya concluido el plazo para informar sobre la aceptación.

53. 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.