

**FALTA DE SENSIBILIDAD ÉTICA Y PROFESIONAL, Y DEL DEBIDO CUIDADO EN LAS FUNCIONES DE LOS DIRECTIVOS DEL HOSPITAL REGIONAL DE PUERTO VALLARTA, LA CAUSA DE LA TRAGEDIA: MGMO**

\* Recomienda iniciar procedimiento administrativo para determinar la responsabilidad de los servidores públicos en funciones de dirección, subdirección, y titulares de departamento del nosocomio, así como a otros servidores públicos de la Secretaría de Salud.

\* Solicita establecer reglas que permitan controlar las acciones de vigilancia a cargo del personal médico, del administrativo y del de intendencia respecto de equipos y sustancias que puedan afectar la salud o la vida de las personas.

\* Pide que en tanto no se dicte una norma oficial mexicana, se establezca una local que regule el almacenaje y la aplicación del oxígeno medicinal, y sea obligatoria para las empresas distribuidoras.

Al dar a conocer la recomendación 3/2000, dirigida al secretario de Salud del estado, Cristóbal Ruiz Gaytán, relativa a la queja 543/00, iniciada de oficio por el fallecimiento de cinco pacientes del Hospital Regional de Puerto Vallarta por inhalación de bióxido de carbono en lugar de oxígeno, la presidenta de la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Jalisco (CEDHJ), María Guadalupe Morfín Otero, aseguró que la causa de la tragedia fue la falta de sensibilidad ética y profesional, y del debido cuidado en las funciones de vigilancia de los directivos del nosocomio.

En rueda de prensa, la ombudsman de Jalisco afirmó que, sin duda, hubo responsabilidad civil de la empresa Infra, distribuidora del gas medicinal que entregó por error el tanque de bióxido de carbono. Sin embargo, sostuvo que de haber tenido el hospital los controles administrativos y técnicos mínimamente indispensables, las muertes nunca habrían sucedido.

Agregó que no se puede admitir que los titulares de la dirección, subdirección y dirección administrativa del hospital, así como de los funcionarios de la Secretaría de Salud Jalisco, a quienes competía conocer y corregir las anomalías —la empresa surtía los tanques sin distintivo de color en relación con el contenido; en el hospital no había bitácoras del manejo de gases ni establecía controles de entrega—, hayan soslayado esta situación, porque con ello obviaron procedimientos de seguridad y calidad a los que este tipo de instituciones deben estar sometidos.

Destacó la omisión de las obligaciones de vigilancia de los funcionarios del hospital y de la misma secretaría que sabían de las irregularidades de la empresa y no las corrigieron a tiempo.

Morfín Otero opinó que estos acontecimientos merecen una profunda reflexión respecto de la falta de previsión de accidentes o riesgos en las técnicas operativas del hospital.

"No se agota la responsabilidad de la serie de errores y equívocos que provocaron la muerte de cinco personas por asfixia, al limitarla a los empleados de mantenimiento o intendencia, que lo único que mostraron fue su impericia y falta de capacitación. Esto amerita una reflexión sobre la ausencia de controles en las instituciones públicas de salud por parte de los funcionarios designados para ello, directores y jefes de departamento; aquellos que realizan labores técnicas u operativas dependen de superiores cuyo perfil profesional, propio de su cargo, se encuentra establecido de manera particular en el profesiograma de la Secretaría de Salud, a quienes debe responsabilizarse de la seguridad operativa del hospital, de la existencia o no de manuales de procedimientos para el manejo de gases medicinales, de áreas como la llamada Manifold o de la ausencia de capacitación de sus empleados operativos, de la poca voluntad para poner en marcha medidas de seguridad, controles administrativos de la entrada y salida de sustancias medicinales, peligrosas o contaminantes, y de llevar un registro detallado de este tipo de tareas."

Según los resultados de las investigaciones de la CEDHJ, el 10 de marzo de este año la empresa Infra entregó tanques tipo dewar de gas medicinal al Hospital Regional de Puerto Vallarta. Un empleado de mantenimiento del nosocomio los recibió: se trataba de tanques metálicos de 130 metros cúbicos de capacidad; sin embargo, por una falta de cuidado, uno era de bióxido de carbono; la factura se levantó como si ambos contuvieran oxígeno. Ni el empleado de la empresa ni el del hospital se percataron del equívoco; el gas tóxico fue instalado presumiblemente la noche del 11 de marzo de 2000 y conectado a las redes de distribución del hospital como si fuera oxígeno, y corrió por las tuberías normalmente; el día 12 de ese mes, cinco pacientes murieron a consecuencia de haberles suministrado bióxido de carbono.

El empleado del hospital que conectó el tanque de bióxido de carbono utilizó un niple, como lo hacía por costumbre, para adaptar la válvula de los tanques a las conexiones de la red, vía manguera. Según los dictámenes de los peritos del Instituto de Ciencias Forenses (IJCF), las fotografías y las observaciones del personal de la CEDHJ, las válvulas de los tanques dewar son de la misma medida, pero su capuchón podría ser de cualquier color; también de los peritajes y de las declaraciones de los empleados de mantenimiento se desprende que en el hospital conectaban al tanque una manguera de metal para acceder a la red de conducción de oxígeno; el empleado no pudo haber advertido ninguna diferencia, ya que era habitual que utilizara niples para acondicionar la entrada de la válvula a la red.

La titular de la CEDHJ advirtió que la participación de la empresa Infra en procesos que tienen que ver con la atención de la salud la obliga a desarrollar y a observar controles básicos que le permitan un manejo razonable de los productos que vende bajo criterios de seguridad, que incluyan al menos el uso de colores distintivos, en particular si los recipientes que contienen sustancias diferentes son iguales, y más aún, si algunos de ellos son de uso medicinal y otros tóxicos. Dijo que corresponde a la Procuraduría General de Justicia la investigación que deslinde las responsabilidades de los miembros de dicha empresa, incluyendo la del empleado repartidor que no observó el deber de cuidado consistente en cerciorarse de que las sustancias que entregaba de acuerdo con las etiquetas y con la orden de pedido fueran oxígeno medicinal, y la de quienes fueron omisos en supervisarlos y establecer controles de seguridad necesarios.

La CEDHJ advirtió en su investigación que las actividades de los empleados de mantenimiento encargados de conectar el oxígeno medicinal no se ajustaban al Manual técnico de conservación para unidades médicas de segundo y tercer nivel de la Secretaría de Salud Federal, en el que se dispone que debe ser un técnico especialista o un oficial calificado, bajo la supervisión de una autoridad médica, quien realice las revisiones y el mantenimiento de las redes de distribución de gases medicinales. Esto significa que el grado de instrucción y capacitación necesarias para este puesto no es el que se adquiere por la mera permanencia en el puesto y los conocimientos empíricos que proporciona el ejercicio diario del oficio, como lo hacían los empleados de mantenimiento del hospital, según sus propias declaraciones.

Por las omisiones y explicaciones inconsistentes de los funcionarios de dirección y subdirección del hospital, se puede inferir que no existen programas de revisión y capacitación profesional de sus empleados, cuando menos del área de mantenimiento, operación e intendencia. Se comprobó que en esta área no se aplican controles administrativos, como bitácoras, roles, informes o normas técnicas relacionadas con su ramo. Además, de los once empleados del área de mantenimiento, siete tienen conocimientos adquiridos por la experiencia en el puesto y la cotidianidad de su trabajo, lo que no equivale a una capacitación técnica y profesional efectiva, como para dejarles la responsabilidad del manejo de las instalaciones y sustancias que por su aplicación comprometen la vida de los pacientes del hospital.

La presidenta de la Comisión manifestó que las causas de las muertes asentadas en los certificados de defunción de los cinco pacientes fallecidos, no concuerdan con las de las necropsias realizadas por peritos del IJCF. Destacó el caso de la adolescente que murió cuando le practicaban un legrado, en cuyo certificado se establece como causa de la muerte un shock anafiláctico. El propio médico que la atendió, quien en las maniobras para resucitarla fue asistido cuando menos por cuatro colegas, señaló que dicho deceso les pareció sorpresivo e inexplicable y que les sugirió a sus familiares el estudio de necropsia; sin embargo, éstos se negaron y él procedió a elaborar el certificado con el diagnóstico mencionado.

María Guadalupe Morfín Otero dijo que el médico debió avisar a la autoridad hospitalaria sobre la necesidad de solicitar la práctica de la autopsia para esclarecer el hecho. "No se trataba de hacer una sugerencia personal a los familiares, sino de presentar el caso a las autoridades del hospital para que se tomara la decisión pertinente." En éste, como en los otros casos, se definió como causa de la muerte la misma sintomatología que se les diagnosticó a los pacientes a su ingreso al hospital, lo cual no fue exacto. La Ley General de Salud señala que los requisitos para expedir certificados de defunción deben iniciar con la determinación de las causas del fallecimiento por el médico que haya asistido al fallecido y, a falta de éste, por cualquier otro médico que haya conocido del caso, siempre que no se sospeche que el deceso se encuentre vinculado a la comisión de hechos ilícitos. Cuando se presuma lo anterior, se debe dar aviso al agente del ministerio público.

Explicó que las tres primeras muertes ocurrieron en un lapso de casi una hora. El caso de la segunda paciente fallecida no fue suficientemente valorado en su momento por ninguno de los cuatro médicos que tuvieron conocimiento de él; había indicios claros de que existía irregularidad, pues así lo manifestó el propio médico que operó a la paciente. A pesar de ello ni él ni los otros médicos que lo auxiliaron reflexionaron sobre lo que

ocurría ni investigaron en ese mismo momento la causa de tan inesperada muerte, como correspondía al marco ético de su actividad.

La ombudsman afirmó que era deseable y profesionalmente exigible que el 12 de marzo el subdirector de fines de semana del Hospital Regional se hubiese enterado de lo que pasaba desde la primera muerte y, sobreviniendo la segunda, que fue del todo inesperada, tomara medidas de alerta; esto hubiera cumplido con el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestaciones de Servicio de Atención Médica, que establece la obligación de contar con un responsable en el centro de atención médica, obligado a vigilar el desarrollo de procedimientos para asegurar la oportuna y eficiente prestación de los servicios del establecimiento, además de la obligación de integrar las comisiones y comités señalados por la Ley General de Salud, los reglamentos y las normas técnicas, con el único fin de prever y cuidar, con el personal a su disposición, las normas vigentes de seguridad y eficiencia.

Morfín Otero apoyó los pronunciamientos que el titular de la dependencia estatal de salud emitió públicamente en el sentido de supervisar los hospitales del sector para fortalecer las medidas de seguridad y capacitación, para evitar que se repitan accidentes. "Sin embargo, no se agotan las medidas reivindicatorias y de prevención para el mismo fin que alienta esta resolución: que la sociedad civil vea resarcidos sus derechos y la responsabilidad del caso sea suficientemente deslindada para exigir que estos hechos con resultados conocidos no ocurran por causas previsibles."

Aclaró que la recomendación no pretende entorpecer la labor humanitaria de las instituciones públicas de salud en el estado, y mucho menos generar un estado de confrontación ni descalificar su labor. Al contrario, valora la sensibilidad con que la SSJ ha reaccionado en la gestión oportuna de la reparación del daño a los familiares de los fallecidos, y busca precisar irregularidades y omisiones precisamente para coadyuvar en el perfeccionamiento de su función, con la mirada puesta en la eficiencia del servicio público y el respeto de los derechos fundamentales del ciudadano, como el acceso a un servicio público de salud de calidad y seguro.

Por lo anterior, la Comisión Estatal de Derechos Humanos recomendó al secretario de Salud, Cristóbal Ruiz Gaytán, iniciar procedimiento administrativo, de acuerdo con la responsabilidad que les resulte en términos de las obligaciones y deberes que les imponen la Ley General de Salud y los reglamentos que de ella emanan, a los servidores públicos en funciones de dirección, subdirección, y titulares de departamento del Hospital Regional de Puerto Vallarta, así como a otros servidores públicos de la Secretaría de Salud que por su cargo debían haber previsto y corregido las irregularidades con las que había venido funcionando el servicio de suministro de gas medicinal.

Solicitó establecer reglas explícitas que permitan documentar y controlar las acciones de vigilancia a cargo del personal médico, del administrativo y del de intendencia respecto de equipos y sustancias que tengan directa aplicación en los procesos de atención médica y que puedan afectar la salud o la vida de las personas. Que en dichas reglas se prevea el grado de responsabilidad en las acciones de vigilancia que le corresponde a los servidores públicos referidos de acuerdo con sus conocimientos y capacidades.

También recomendó que en tanto no se dicte una norma oficial mexicana al respecto, se establezca una normativa en el ámbito local, que regule el almacenaje y la aplicación de oxígeno medicinal, y de las instalaciones para su suministro, la cual deberá contener disposiciones obligatorias para las empresas que surten dicho gas a los hospitales del estado, incluyendo, como regla de seguridad, la utilización, de ser posible, de alguna característica apreciable a simple vista, como podría ser un color distintivo o un olor artificial que permita reconocerlos.

Además, que se establezca en el reglamento o manual de operación de los hospitales un control, basado en el sentido común, con respecto a las incidencias clínicas graves en las salas de urgencias, quirófanos y áreas que lo ameriten, de manera que el jefe de piso o superior médico tenga la obligación de enterarse y guardar registro de ello, para hacer más seguro y eficiente el servicio de salud pública.

Pidió iniciar una investigación administrativa para esclarecer la responsabilidad en que pudieron haber incurrido los médicos que certificaron las causas de los decesos sin conocerla con certeza, en particular en el caso de la joven Aideé Carrillo Rubio. Y si de la investigación se advierte la necesidad de dar vista al agente del ministerio público de la adscripción, que se haga.

Para la imprescindible instauración de criterios de seguridad, control y verificación de las sustancias, de cuya correcta utilización dependa la vida de los pacientes, la titular de la CEDHJ apoyó las recomendaciones técnicas emitidas por la Conamed, y se unió a las voces de la sociedad civil que se pronunciaron porque el titular de la Secretaría de Salud Jalisco pida a la Secretaría de Salud federal, la elaboración de una norma oficial nacional de carácter obligatorio que garantice medidas de seguridad en el manejo, utilización, aplicación e identificación precisa de los gases medicinales u hospitalarios, de acuerdo con los lineamientos internacionales vigentes.

Al concluir, María Guadalupe Morfín Otero dijo que la Comisión velará porque en los procedimientos administrativos que recomienda, sean respetados los derechos de audiencia de los servidores públicos señalados y cubiertas las formas del debido proceso. También expresó su confianza en recabar las constancias de que, lejos de ser procedimientos simulados, desemboquen en una resolución justa.