

Doctor Óscar Aguirre Jáuregui
Director del Antiguo Hospital Civil de Guadalajara

Atención doctor Leobardo Alcalá Padilla*
Director del Organismo Público Descentralizado
Hospital Civil de Guadalajara

Síntesis

El 11 de julio de 1998, la Academia Jalisciense de Derechos Humanos, AC, formuló por escrito una queja en la que narraba que el 14 de abril de 1998 la señora Olegaria Ponce Lujano se presentó en la sala de urgencias del Nuevo Hospital Civil de Guadalajara con un dolor abdominal; al día siguiente se le trasladó al Antiguo Hospital Civil (Hospital Civil de Belén) y los médicos que la revisaron decidieron enviarla a la Torre de Especialidades; le diagnosticaron "oclusión arterial". El 23 de abril le practicaron un par de cirugías de embolectomía en sus piernas; sin embargo, al verla en peores condiciones de salud y como no obtenía información de los facultativos que la atendieron, el esposo de la paciente decidió, el 26 de ese mes, sacarla de ahí. Ese mismo día la internó en el nosocomio particular Santa Margarita, donde se le dijo que era necesario amputarle las piernas a la paciente para salvarle la vida; para ello hubo necesidad de dos cirugías. El 3 de mayo de 1998 fue dada de alta, pero de nuevo fue internada el 13 de ese mes, por infección en un muñón y permaneció ahí hasta el 19 de junio de ese año.

No obstante que en un primer momento no se obtuvo cooperación por parte de la agraviada o de su esposo, ahora quejoso, el procedimiento de investigación se continuó de oficio y se pidieron informes al Director del Organismo Público Descentralizado Hospital Civil de Guadalajara, así como copia del expediente clínico del hospital privado Santa Margarita. Sin embargo, en los expedientes clínicos que se obtuvieron de ambos hospitales no existen suficientes notas médicas que aporten elementos de certidumbre acerca de si hubo o no responsabilidad en la actuación de los médicos que atendieron a la señora Olegaria Ponce Lujano; tampoco, documentos que demuestren en qué condiciones la paciente salió del Hospital Civil y qué exámenes clínicos-médicos se le realizaron para que en el nosocomio particular se considerara como única solución amputarle sus piernas.

Esta Comisión, en su oportunidad, dictó acuerdo de improcedencia con base en los pocos datos obtenidos. Por solicitud del quejoso, se acordó reabrir el caso una vez que se tuvieron nuevos elementos de investigación. Al recabar dictámenes médicos de peritos del Instituto Jalisciense de Ciencias Forenses, se vio la necesidad del auxilio de profesionales en medicina externos: dos especialistas angiólogos determinaron en sus opiniones médicas la existencia de responsabilidad médica en la deficiente atención que en ambos establecimientos de salud se le brindó a la paciente.

Este organismo de derechos humanos también advierte la posible responsabilidad, por su actuación u omisiones, de los médicos del hospital privado; por ello, e independientemente de esta recomendación, en virtud de la competencia de la institución, se envían copias al agente del Ministerio Público que integra la averiguación previa para que en su momento determine lo que en derecho corresponda.

La Comisión Estatal de Derechos Humanos de Jalisco (CEDHJ), con fundamento en el artículo 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 4°, 10, 90, 91, fracción III, 92, 106 y 107 de la Constitución Política de Jalisco; 1°, 2°, 3°, 4°, 7° y 17, fracción III, 35, fracción V, y 72, 73 y 75 de la Ley de la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Jalisco, examinó la queja 1533/98, interpuesta por la Academia Jalisciense de Derechos Humanos, AC.

I. RESULTANDO

a) antecedentes y hechos

1. El 17 de julio de 1998, la Academia Jalisciense de Derechos Humanos, a través de sus representantes Víctor Ramos Cortés y Óscar González Gari, presentó por escrito ante esta Comisión queja a favor de la señora Olegaria Ponce Lujano y en contra de quien resultare responsable por la deficiente atención que recibió en el Organismo Público Descentralizado Hospital Civil de Guadalajara (OPDHCG).

i) Narraron en su escrito que el 14 de abril de 1998, a las 22:30 horas, la señora Olegaria Ponce Lujano acudió a la sala de urgencias del Nuevo Hospital Civil de Guadalajara por una dolencia en el lado izquierdo del estómago; fue recibida por el médico de guardia (sin identificarlo), quien le prescribió una inyección para quitarle el dolor (no se especificó de qué sustancia se trataba). Después de veinte minutos, la señora Olegaria les manifestó a los médicos que el dolor continuaba. Pese a ello, según la versión de los quejosos, el médico de guardia se disculpó y le dijo que tenía mucha gente; ordenó que le pusieran un suero con una sustancia tampoco precisada.

ii) Al poco tiempo, la señora Olegaria empezó a sentirse peor, el dolor continuaba y con mayor intensidad, no sentía sus piernas y notó que la izquierda, de la rodilla al pie, tenía un tono blanco y la derecha estaba morada, con las venas alteradas a punto de reventarle; además, su boca comenzó a "enchucarse" [sic]. El esposo de la paciente, Roberto Medina Rodríguez, llamó a los médicos y éstos le tomaron la presión a la paciente, que resultó arriba de doscientos. El 15 de abril, a las 0:30 horas, un médico (sin identificar) le dijo que trasladarían a su esposa al Antiguo Hospital Civil porque ahí tenían los aparatos adecuados para tratarla.

iii) En el Antiguo Hospital Civil la recibieron cuatro médicos, quienes hicieron comentarios que la paciente y el esposo no entendieron; la encamaron y después de cuatro horas le aplicaron un medicamento contra el dolor. Luego la pasaron al Departamento de Rayos X y de ahí a la Torre de Especialidades del mismo hospital; fue internada en la cama 414 y la atendieron los médicos Trinidad Pulido, Martín Gómez, Raúl González Luna, Juan Carlos Flores y una médica cuya identidad se desconoce.

iv) El 17 de abril de 1998, le practicaron una artereografía por orden de Martín Gómez. Según quienes suscriben la inconformidad, el esposo afirmó que ninguno de los médicos le dijo qué aquejaba a su esposa, sólo que le iban a limpiar venas y arterias, por eso dio su consentimiento para la cirugía.

v) En la queja se narra que el 24 de abril de 1998, a las 07:00 horas, la señora Olegaria ingresó al quirófano y que el médico Trinidad Pulido se hizo cargo de la operación, la cual se prolongó hasta las 13:00 horas; después la paciente se quejó de que sus piernas le dolían mucho, estaban hinchadas y moradas; el médico Martín Gómez les explicó que había que esperar la reacción en un lapso de tres horas.

Luego de este tiempo, el mismo médico acudió de nuevo y les comunicó que había que operar de emergencia, esta vez la cara interna de ambas piernas a la altura del muslo y hasta las pantorrillas.

La intervención terminó a las 23:00 horas de ese día. La paciente no sentía sus piernas y no podía mover ni un solo dedo, según los médicos, por efecto de la anestesia.

vi) Ese mismo día, el esposo de la paciente tuvo que salir del hospital a comprar los medicamentos de dos recetas. Del 24 al 26 de abril no le hicieron ninguna curación, no obstante que la pierna derecha seguía muy hinchada y presentaba coloración morada y amarilla.

vii) El 25 de abril del mismo año, según la narración de la queja, el médico Martín Gómez pasó a ver a la paciente y se quitó su bata para envolver su pierna derecha; preguntó por el médico Trinidad Pulido y ésta le contestó que ya se había ido; al enterarse, también se retiró sin terminar la revisión. Todo ese día la señora Olegaria estuvo sin tratamiento, sólo seguía con la solución no precisada por vía intravenosa.

viii) El 26 de abril de 1998 se presentó el señor Roberto Medina al hospital y buscó al médico de guardia, pero no lo halló; estaba intranquilo porque encontró a su esposa muy grave. Alrededor de las 09:00 horas, el facultativo que acababa de recibir el turno le dijo que los efectos del medicamento eran los que mantenían a su esposa en ese estado, porque “era muy bueno”; el señor Medina le manifestó que eran casi doce horas que llevaba su esposa sin atención, a lo que aquél le contestó que si no le gustaba el servicio la sacara de ahí; en seguida le inyectó una sustancia no precisada y le comentó que no había material para curarle las piernas a su esposa. En virtud de ello, el señor Medina optó por pedir el alta voluntaria y firmó para sacar a su esposa, lo que aconteció entre las 10:30 y 11:00 horas del 26 de abril del mismo año; tuvo que contratar una ambulancia particular puesto que no le prestaron ninguna en el hospital y trasladó a su esposa al nosocomio Santa Margarita de esta ciudad, donde la recibió el médico Francisco Navarro Velázquez, quien le diagnosticó a la señora estado pre-mortis, piernas gangrenadas, riñón dañado, cerebro y vista intoxicados por la sangre con toxinas que corrían por las venas de sus piernas. Propuso como única solución la amputación de sus miembros inferiores; el señor Roberto Medina y la paciente dieron su autorización.

ix) A las 18:00 horas de ese mismo día, Olegaria Ponce fue intervenida quirúrgicamente y salió de la sala de operaciones a las 21:00 horas.

x) El 3 de mayo de ese año, fue dada de alta; una enfermera la visitaba cada tercer día en su casa para hacerle curaciones; pero posteriormente se le infectaron “las operaciones de la ingle”, y de nuevo ingresó al hospital Santa Margarita, el 13 de mayo, donde le amputaron el muñón de la pierna izquierda; estuvo internada hasta el 19 de junio, y a la fecha se encuentra como paciente ambulatoria.

xi) Los médicos del hospital privado le aseguraron al esposo de la paciente que una bacteria fue la causa de la infección; consideraron que la razón fue insuficiente asepsia en su tránsito por el Hospital Civil de Guadalajara. Los quejosos presumían que hubo negligencia y servicio deficiente de los profesionales de medicina adscritos a los hospitales civiles.

2. El 20 de julio de 1998 se dictó acuerdo de admisión de la queja en la CEDHJ y se solicitó al director del Antiguo Hospital Civil, doctor Óscar Aguirre Jáuregui, que remitiera el expediente clínico del caso y los nombres y adscripción de los médicos que atendieron a la agraviada.

El 4 de julio de 1998, mediante oficio 574/98, este funcionario informó a este organismo que cualquier comunicado o solicitud relacionados con estos hechos se dirigiera al doctor Raúl Vargas López, director general del OPDHC. No obstante, en esa misma fecha envió las copias del expediente clínico de Olegaria Ponce Lujano.

3. El 3 de agosto de 1998 se pidió al doctor Mario Rivas Souza su apoyo en las investigaciones que esta Comisión inició para aclarar el caso de la señora Olegaria Ponce Lujano, así como copias

del expediente clínico del hospital privado Santa Margarita en su calidad de entonces director médico de ese nosocomio, lo que hizo el 13 de agosto de 1998.

4. El 14 de agosto de 1998, mediante oficio 057/98, el director general del OPDHCG, doctor Raúl Vargas López, informó a esta Comisión que los médicos que participaron en los hechos que integraron el expediente clínico A007949 correspondiente a la señora Olegaria Ponce Lujano, fueron Miguel Castellanos Puga, jefe del servicio de Tórax y Cardiovascular, y los médicos residentes de esa área José Trinidad Pulido Abreu, Juan Carlos Flores Gómez, Martín Gómez Lara y Raúl González Luna.

5. El 24 de agosto de ese año se remitió el expediente clínico de la paciente al área médica de esta institución a fin de que se examinara y formulara una opinión acerca de los hechos materia de la queja.

6. El 27 de ese mismo mes se recibió el primer dictamen de los médicos de la Comisión, cuyo resultado no aportó elementos para determinar si hubo o no violación de derechos humanos en agravio de la señora Olegaria Ponce Lujano.

7. El 8 de noviembre de 1998, personal de esta Comisión se comunicó por vía telefónica con el señor Roberto Medina Rodríguez, quien en ese momento no quiso decir sus apellidos, pero aseguró que era pariente de la señora Olegaria Ponce. Cuando se le solicitó más información sobre lo ocurrido, así como la ratificación de la queja por parte de la agraviada, el interlocutor contestó que no podía decir nada porque ya no quería el apoyo de la Academia Jalisciense de Derechos Humanos; aseguró que él ya había contratado un abogado y que estaba tramitando demanda ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (Conamed), y que era todo lo que tenía que decir.

No obstante, y de acuerdo con las atribuciones de esta Comisión, se iniciaron las investigaciones de oficio. Se volvió a insistir el 11 de mayo de 1999 con el señor Roberto Medina; en esa ocasión aclaró que temía dar su nombre para no perder el caso que llevaba en la Conamed, donde tenía la esperanza de obtener la reparación del daño sufrido por su esposa y que en esa institución le habían pedido que no diera información a nadie; reiteró que ya tenía un abogado. Por último, después de que se le explicó cuál era el apoyo de la CEDHJ, el señor Medina aceptó dar su nombre y se identificó como el esposo de la agraviada; se le preguntó de qué había estado enferma su esposa antes de las cirugías y contestó que se reservaba ese dato para mejor momento. Se le insistió que se le solicitaba su ayuda independientemente de las investigaciones realizadas por personal de las visitadurías y médico de este organismo y se comprometió en ese momento a presentar ante éste documentos que él poseía como prueba y testigos del trato que los médicos del Hospital Civil le dieron a su esposa. Sin embargo, transcurrió el término que se le dio sin que las exhibiera.

8. El 17 de junio de 1999 se envió al director general del OPDHCG, doctor Raúl Vargas López, el oficio 1764/99/IV, en el cual se le solicitó que notificara personalmente a los cinco médicos que él mismo señaló como involucrados en los hechos; se anexaron oficios individuales (del 1765/98/IV al 1768/99/IV) para requerir a cada uno su informe con fundamento en la Ley de la Comisión Estatal de Derechos Humanos y se les otorgó un término, que no fue cumplido.

9. El 30 de junio de 1999 se recibió el informe del doctor Raúl Vargas, quien manifestó rendirlo en representación de todos los médicos requeridos:

... con el propósito de dar respuesta al oficio 1764/99-IV [...] hago llegar a usted el informe referente al proceso de atención que llevó el Antiguo Hospital Civil de Guadalajara la paciente Olegaria Ponce Lujano, solicitado, por conducto del que suscribe, a los médicos del Servicio de Cirugía de Tórax y Cardiovascular que intervinieron en este caso.

A manera de antecedente me permito hacer de su conocimiento que el caso que nos ocupa fue motivo de un proceso de conciliación efectuado por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico en febrero del presente año, audiencia a través de la cual se realizó un esfuerzo constante por parte del personal de nuestra institución, con el propósito de lograr un acuerdo.

Por otra parte, en relación a la información requerida por la CEDHJ al equipo médico del Servicio de Tórax y Cardiovascular, me permito hacerla llegar a usted, en mi carácter de Director General de la institución, a través del presente reporte: La paciente Olegaria Ponce Lujano fue referida al Hospital Civil de Belén a raíz de haber presentado datos de reacción anafiláctica posterior a la aplicación de medicamentos para síndrome doloroso abdominal. Fue recibida el 15 de abril de 1998, con antecedentes de insuficiencia arterial bilateral de varias horas de evolución, lo cual se acompañó de problemas en la visión.

A su ingreso a Urgencias del Antiguo Hospital Civil, la paciente se refería en mejores condiciones, ya sin problemas de visión, con el dolor de piernas en franca disminución, así como la coloración de las mismas con características normales. El Servicio de Cirugía de Tórax y Cardiovascular decidió ingresarla para manejo con anticoagulación y observación, bajo la premisa de que se habría tratado de un episodio transitorio.

En los siguientes días la paciente tuvo una evolución estable, sin embargo, al no haber pulsos poplíteos presentes se decidió realizar un estudio artereográfico, a fin de observar el estado real del sistema arterial. Dicho procedimiento reveló que ambas arterias poplíteas se encontraban ocluidas, por lo que se indicó la práctica de cirugía de embolectomía femoral bilateral, a través de la que fue posible observar unas arterias femorales no endurecidas ni con placas ateromatosas, pasando de manera adecuada las sondas de Fogarty, asimismo se obtuvieron coágulos viejos y quedaron con adecuado flujo ambas femorales.

Por la noche, la paciente presentó nuevamente datos de oclusión arterial aguda, por lo que nuevamente se pasó a quirófano sin dilación para explorarla, en esta ocasión también en las arterias poplíteas, proceso mediante el cual se obtuvieron coágulos frescos, con buen reflujo y sin datos de ateromatosis. Al salir del quirófano, ambas extremidades se encontraban normotérmicas, con buenos pulsos distales. La condición de la paciente después de la cirugía fue satisfactoria en ambas extremidades inferiores, a excepción de la parte del tobillo hacia abajo, donde persistió con disminución de la temperatura, pero el resto de las piernas en buenas condiciones.

Durante todo ese tiempo, la paciente se mantuvo monitorizada a través de exámenes de laboratorio, estudios de medición de flujo vascular con método Doppler, así como curaciones dos veces por día.

Al siguiente día del postoperatorio la paciente presentó en la pierna derecha un síndrome compartamental, por lo que se le practicaron fasciotomías, mismas que eran curadas también dos veces al día. Asimismo, se aplicó interconsulta por parte del Servicio de Medicina Interna para coadyuvar al manejo integral del caso, en virtud de que se pretendía descartar problema de vasculitis o lupus, lo cual parecía viable ante el cuadro presentado. Medicina Interna compartía la opinión en el sentido de que la paciente presentaba datos para lo anterior y solicitó los exámenes pertinentes, mismos que no se llegaron a realizar por el alta voluntaria presentada el 26 de abril de 1998, misma que determinó su egreso de nuestra unidad hospitalaria.

Es menester subrayar que desafortunadamente a los tres días de haber sido sometida a cirugía, la paciente decidió solicitar su alta voluntaria, sin la anuencia del Servicio de Tórax y Cardiovascular. La responsabilidad de su seguimiento fuera de la institución así como los posibles riesgos subsecuentes, fue asumida por su esposo, lo cual consta en una nota firmada al respecto.

Cuando la paciente abandonó el Hospital contaba con sus dos extremidades inferiores íntegras, no había sufrido ningún tipo de amputación, ni presentaba dato alguno de infección en ninguna de las heridas; tampoco registraba datos laboratoriales de anemia o insuficiencia renal aguda.

Todo lo aquí expuesto permite advertir que el equipo médico que atendió a la paciente procuró de manera constante controlar los problemas que presentó a través todos los procedimientos de estudio clínico y paraclínico indicados, mismos que fueron realizados siempre en el momento necesario; destacan dos cirugías practicadas (una embolectomía femoral bilateral y una exploración femoral y poplítea bilateral), así como una fasciotomía y dos arteriografías femorales. En razón de lo anterior, debo puntualizar que diferimos por completo de los reiterados señalamientos que se han efectuado en el sentido de que la paciente Olegaria Ponce Lujano no recibió atención.

Finalmente debe enfatizarse que la decisión de amputar las extremidades inferiores de la paciente fue completamente ajena al Servicio de Cirugía de Tórax y Cardiovascular del Hospital Civil de Belén, pues al momento de registrarse el alta voluntaria no reunía criterios para tal procedimiento.

10. El 6 de agosto de 1999, personal médico de esta Comisión analizó el expediente de la queja, el expediente clínico remitido por el Hospital Civil y el relativo al nosocomio privado Santa Margarita, por lo que el 27 de agosto de 1998 concluyó que no había elementos para determinar una presunta negligencia de los médicos adscritos al Hospital Civil que atendieron a la señora Olegaria Ponce Lujano.

11. El 18 de noviembre de 1999, la Cuarta Visitaduría dictó un acuerdo de improcedencia, fundamentado y motivado en la investigación y la opinión médica citada, en la narración de los hechos por parte de los quejosos y en los documentos y constancias que hasta entonces obraban en el expediente, los cuales se consideraron insuficientes para determinar si existía o no violación a los derechos humanos de la señora Olegaria Ponce Lujano. Se ordenó archivar el expediente de conformidad a las disposiciones de la Ley de la Comisión Estatal de Derechos Humanos. Esta resolución fue notificada a los agraviados el 22 de noviembre de ese año.

12. El 29 de marzo de 2000, el señor Roberto Medina Rodríguez se presentó ante esta Comisión para manifestar su inconformidad con la opinión médica en la cual se basó la resolución de falta de elementos para archivar el expediente 1533/98/IV. Pidió una revisión de éste y se comprometió a aportar nuevas pruebas y el nombre de una médica que había atendido a su esposa en el Hospital Civil y no había sido incluida en la investigación de la queja. La Visitadora que lo atendió le hizo saber que de encontrar nuevos elementos, solicitaría la opinión de peritos médicos de una institución oficial y de un especialista para establecer un criterio certero e imparcial. Asimismo, se le informaría con oportunidad si era procedente reabrir la queja.

13. Ese mismo día se ordenó solicitar al Instituto Jalisciense de Ciencias Forenses (IJCF), a la Secretaría de Salud Jalisco (SSJ) y a la Conamed que emitieran opiniones médicas valorativas del caso y de los expedientes clínicos que obraban en la presente queja.

El 11 de abril de 2000 se remitió la solicitud al IJCF mediante el oficio 037/200/IV dirigido a su entonces titular, doctor Macedonio Tamez Guajardo.

14. El 19 de mayo de este año, personal de esta Comisión se comunicó por vía telefónica con Lourdes Oviedo Espinoza, directora general de la Conamed, para pedir su colaboración, ya que dicho órgano había tenido conocimiento del caso al intervenir en 1999 en forma conciliatoria entre los médicos del Hospital Civil y el quejoso Roberto Medina Rodríguez, cuyo resultado se ignoraba aún. Esta funcionaria derivó la atención al doctor Alfonso Cabrera Mir, quien ese mismo día informó por teléfono que las gestiones de la Conamed no habían tenido éxito porque ninguna de las dos partes accedieron en los puntos propuestos.

En esa misma fecha, la Cuarta Visitaduría de esta institución dirigió el oficio 52/00/IV al doctor Héctor Fernando Varela, titular de la Conamed, para solicitarle una opinión médica en el caso de la señora Olegaria Ponce Lujano; se anexaron copias de los expedientes clínicos del Hospital Civil y del nosocomio particular.

El 31 de mayo de 2000 se recibió en esta Comisión el oficio DGCR/240/1116/00, suscrito por el doctor Alfonso Cabrera Mir, director general de la Coordinación Regional de la Conamed, quien informó que la queja que conoció ese organismo ingresó el 28 de septiembre de 1998; en consecuencia, pidieron informes a los hospitales involucrados tanto del organismo público descentralizado al que pertenecen el Antiguo y el Nuevo Hospital Civil como al nosocomio privado Santa Margarita. Aclaró que el contenido del expediente era confidencial y pertenecía a la Conamed. Agregó que se intentó una conciliación entre las partes, que inició el 25 de febrero de 1999 cuando se celebró una reunión cuya sede fue la sala de juntas de la SSJ, donde estuvieron presentes el director del Nuevo Hospital Civil “Dr. Juan I. Menchaca”, un representante del OPDHCG, un representante de la SSJ y dos funcionarios de la Conamed. Con el ánimo de conciliar y sin aceptar ninguna responsabilidad, se propuso al quejoso la atención médica especializada que requiriera la paciente, la rehabilitación física y psicológica y el apoyo de una prótesis funcional; se concluyó que los hospitales involucrados no tenían suficiencia económica para proporcionarle servicios permanentes de una enfermera capacitada ni reintegrarle los gastos que dijo el quejoso haber erogado.

El esposo de la agraviada no aceptó esas propuestas y se tuvo que concluir sin ningún arreglo entre las partes.

Finalmente, afirmó Cabrera Mir que la institución en la que labora no podía colaborar con esta Comisión estatal para emitir alguna opinión o dictamen médico respecto al caso, porque según decreto de creación de la Conamed, artículo 4°, fracción IX, estos documentos se elaboran únicamente a solicitud de las autoridades encargadas de la procuración e impartición de justicia.¹

El 19 de mayo de 2000 se recibió el oficio 14562/2000/DDP, suscrito por el licenciado Manuel Ramírez García, coordinador general institucional y de dictaminación del IJCF, mediante el cual informó que el peritaje solicitado se turnó a los médicos Carlos Córdova Mendoza y Miguel Saldaña Torres.

En esa misma fecha se giró el oficio 53/00/IV al director general de Regiones Sanitarias y Hospitales de la SSJ Alfonso Petersen Farah, para pedirle copia certificada del dictamen u opinión médica que esa entidad hubiera elaborado en relación con el caso, ya que, según la Conamed, la SSJ tuvo conocimiento de éste.

El 22 de mayo de ese año, el doctor Petersen Farah contestó por escrito que la SSJ había intervenido en virtud de la solicitud del señor Roberto Medina al Gobernador del estado para buscar una solución, pero que no había elaborado ningún dictamen.

15. El 15 de junio de 2000, mediante oficio 17404/00/560/650, los médicos forenses oficiales Miguel Saldaña Torres y Carlos C. Córdova Mendoza, adscritos a la Dirección de Dictaminación Pericial del Departamento de Medicina Forense del IJCF, emitieron su dictamen en 30 cuartillas; de éste destaca lo siguiente:

Previo análisis y estudio de los expedientes clínicos que remitieron el Hospital Civil de Guadalajara y el nosocomio privado que posteriormente atendió a la señora Olegaria Ponce Lujano, se emite una opinión pericial del caso de presunta negligencia médica.

Con respecto a la participación del personal médico del Hospital Santa Margarita es importante hacer resaltar la ausencia de notas médicas de su ingreso y manejo quirúrgico inmediato, las

cuales sustenten el diagnóstico clínico y la terapéutica radical establecida, presentando sólo algunas indicaciones terapéuticas y hojas de carácter administrativo, siendo las primeras notas clínicas en manifestarse, las que se realizaron a su ingreso a la Unidad de Terapia Intensiva después de la cirugía, cabe resaltar que en esta se menciona que “ingresa consciente, intranquila, quejumbrosa, mal hidratada, T/A 210/110, sin evidencia de sangrado en muñones, se establecen los diagnósticos de postoperatorio: amputación supracondilea, HAS, probable insuficiencia renal aguda con isquemia irreversible de miembros pélvicos y amputación de los mismos y diagnóstico final séptica urémica aguda, lo que no concuerda con el supuesto “mal estado clínico” prequirúrgico de la paciente o resumen médico de su manejo integral, en el cual refieren los diagnósticos de “gangrena isquémica de ambos miembros pélvicos hasta el tercio proximal de ambos muslos, con cuadro isquémico muy severo e irreversible”, sin embargo, en ningún momento se refiere la descripción del cuadro clínico que sustente el proceder terapéutico.

[...] Con respecto a las alteraciones laboratoriales de urea y creatinina que sugieren la presencia de probable cuadro de insuficiencia renal aguda, como así lo manifiestan los terapistas de la Unidad de Cuidados Intensivos, el mismo es correlativo al estado de deshidratación en que se encontraba la paciente, por su tórpida evolución intrahospitalaria dentro del Hospital Civil Antiguo.

Es evidente que tanto en la práctica del tratamiento inicial médico y quirúrgico, como el segundo quirúrgico realizado por el personal médico que atendió a Olegaria Ponce Lujano, en ambas instituciones, sí existió el error y las consecuencias del presente caso son resultado propiamente dicho de una actuación negligente e imprudente de los médicos que la atendieron que se encuadra en una mala práctica médica.

Conclusiones

Sí existió una situación de impericia y negligencia por parte de los médicos del Antiguo Hospital Civil que atendieron a la señora Olegaria Ponce Lujano, porque a pesar de haber sospechado y diagnosticado la oclusión arterial aguda inicial y posteriormente de crónica agudizada, no realizaron los procedimientos terapéuticos en forma oportuna (esperaron 7 días para la realización de una embolectomía).

Que sí existió una situación de imprudencia por parte de los médicos del Hospital Santa Margarita que atendieron a la señora Olegaria Ponce Lujano, puesto que sin tener las bases diagnósticas adecuadas realizaron procedimientos radicales, temerarios e innecesarios en su tratamiento.

En base a la respuesta anteriormente descrita, consideramos que con respecto al hecho de haber tomado la decisión impetuosa de amputar bilateralmente ambas piernas, la referida acción no se sustenta ni clínica (no existen notas médicas de su estado), ni laboratorialmente (por resultados referidos) y ni histopatológicamente ya que no hay datos que sustenten la existencia de un cuadro de isquemia, de gangrena, de necrosis o de sepsis.

Los médicos fundamentaron cada una de las partes de su peritaje con bibliografía médica y con la discusión interdisciplinaria del caso con especialistas en la materia.

16. En virtud de los nuevos elementos de análisis de la CEDHJ y el resultado del estudio de los peritos ya citados del IJCF, la Cuarta Visitaduría determinó pedir la opinión de un angiólogo con residencia fuera de Jalisco, para sostener la imparcialidad y certeza de los datos obtenidos; por ello, el 5 de julio de 2000 se entabló comunicación con el médico Juan Ramón Fuentes Velasco, avalado con el certificado 104 del Colegio Mexicano de Angiología con residencia en Colima, Colima; el 14 de julio, el facultativo remitió a esta Comisión su opinión por escrito, y refirió:

1. No existen notas médicas [en el expediente clínico del Antiguo Hospital Civil] que evidencien que se hubiere estado pendiente de la evolución y de la respuesta al manejo de la paciente de los días 16 al 17 de abril de 1998.
2. El 17 de abril de 1998 fue sometida a arteriografía femoral derecha, sin existir indicación alguna de ésta en el expediente clínico, ni evidencia de autorización de ésta por parte de la paciente. Asimismo la descripción del estudio angiográfico, ya que sólo refiere visualización de la femoral superficial y profunda con “estrangulamiento” de poplitea proximal, con pobre recanalización de la tibial posterior.
3. El 18 de abril, presentaba supuesta compensación sin transcribir la situación clínica de las extremidades, manteniendo mismo manejo; en ningún momento se revisa estudio angiográfico efectuado un día antes.
4. Similar situación se presenta los días 19 y 20 de abril, y como se refiere un día antes, no se ha revisado estudio angiográfico ni se ha establecido manejo definitivo, continúa sólo con manejo paliativo.
5. El 21 de abril se refiere en notas médicas que la paciente no tiene pulsos popliteo y distales pero con la extremidad compensada sin especificar cuál, aun sin lesiones isquémicas distales con entumecimiento de la extremidad referida por la paciente. Aun no revisa la angiografía ni se determina manejo definitivo.
6. El día 22 sin especificar diagnóstico definitivo ni descripción angiográfica se determina efectuar exploración vascular para un día después sin precisar qué tipo de manejo quirúrgico ni de qué extremidad pélvica.
7. Fue sometida a manejo quirúrgico el día 23 de abril de 1998 y acorde anota post-quirúrgica se asienta el diagnóstico de oclusión arterial aguda bilateral pre y post-quirúrgica, realizándose “embolectomía femoral bilateral” sin describir hallazgos microscópicos de las estructuras vasculares manejadas, ni las condiciones pos-quirúrgicas.
8. Existe una nota del día 23 de abril de 1998 posterior a la nota postoperatoria en que refiere que la paciente continúa con las extremidades inferiores frías, con cambios de coloración en la piel (marmóreos) sin referir extensión de las áreas afectadas, con edema.
9. Sin existir ninguna otra nota evolutiva ni pre-operatoria, se efectuó el día 23 de abril de 1998 un segundo procedimiento quirúrgico sin precisar hora del acto se efectuó “embolectomía femoral y poplitea bilateral” en donde se refiere haber obtenido coágulos frescos numerosos del miembro pélvico derecho, y en el miembro pélvico izquierdo extraen escasos coágulos.
10. El día 25 de abril de 1998 se asienta en una nota sumamente escueta en que refiere que la paciente se encuentra en malas condiciones.
11. Con relación al envío del Hospital Civil Nuevo al Viejo que aunque no precisaba diagnóstico estaba adecuadamente orientado, y no existe relación de los fármacos administrados y el cuadro vascular presentado por la paciente.
12. Respecto a la revisión inicial a su ingreso al Servicio de Tórax y Cardiovascular se aprecia una absoluta deficiencia en la atención ya que no se efectúa ni un interrogatorio ni exploración física adecuados que consolidaran un diagnóstico clínico de sospecha o de certeza, no habiendo efectuado ningún estudio paraclínico vascular, ya fuere no invasivo (doppler) o invasivo (angiografía) para precisar el diagnóstico y establecer un manejo apropiado dada la sospecha

diagnóstica emitida que hacía prioritario un estudio especializado más exhaustivo tal vez quirúrgico inmediato o manejo médico más orientado y adecuado.

13. Con relación al manejo médico establecido no existe congruencia ya que de acuerdo al diagnóstico emitido, insuficiencia arterial aguda, debió haber sido más prioritario un estudio integral inmediato y un manejo médico conservador más agresivo a un manejo quirúrgico más temprano.

14. Del expediente es dable precisar una falta absoluta al cumplimiento de la norma oficial del expediente clínico emitido por la Secretaría de Salud ya que la totalidad de las notas son sumamente deficientes e incongruentes en múltiples notas; no documentándose en éstas ningún seguimiento de la evolución clínica de la paciente.

15. En cuanto a la indicación del estudio angiográfico, no existe justificación clínica para efectuar éste en las notas médicas, no hay autorización por parte del paciente, siendo un estudio mal indicado y deficientemente realizado, ya que si la paciente presentaba compromiso vascular en ambas extremidades pélvicas solamente le efectuaron una arteriografía femoral derecha y aunado a que fue intervenida quirúrgicamente de las dos extremidades pélvicas. La nota de descripción del estudio refiere una pésima descripción del estudio ya que no refiere presencia o ausencia de lesiones, arteriosclerosis a ningún nivel, ni con lesiones estructurales ni extensión de las áreas estudiadas, ni tipo de oclusión vascular.

16. De la revisión de las notas del expediente se aprecia una deficiente valoración de la evolución clínica de la paciente en especial de los días 18 al 22 de abril de 1998.

17. El día 22 de abril sin existir documentación de la situación clínica vascular de las extremidades de la paciente, ya que no existe una nota pre-operatoria se decide someterla a manejo quirúrgico sin precisar tipo y magnitud del tipo de intervención quirúrgica ni de qué extremidad pélvica a efectuar un día después.

18. Finalmente del análisis de las notas postoperatorias que existen en el expediente se puede documentar un absoluto desconocimiento del procedimiento de la paciente, ya que de los diagnósticos pre y postoperatorios de oclusión arterial crónica agudizada, que refieren los médicos es dable esperar el realizar una trombectomía arterial, sola o aunada a algún procedimiento derivativo vascular, BAYPASS, o algún procedimiento de endarterectomía, y no una embolectomía ya que este procedimiento, con lo que denota el término embolia hace inferencia a la presencia de un trombo formado en alguna área distante al sitio vascular ocluido y que viaja por el torrente arterial y ocluye alguna área vascular distal donde se entrapa dicho coágulo.

De acuerdo al diagnóstico emitido es dable esperar se le hubiere efectuado trombectomía o BAYPASS o endarterectomía, procedimientos quirúrgicos indicados cuando el motivo de la obstrucción vascular se encuentra en la misma área afectada.

Asimismo de las notas post-quirúrgicas que son sumamente deficientes, no se consignó los hallazgos trans-operatorios de las condiciones microscópicas de las estructuras vasculares manejadas, hallazgos que corroboran su sospecha diagnóstica, no refiriéndose en ninguna de las notas de las intervenciones quirúrgicas.

En conclusión se puede señalar que la paciente fue pésimamente valorada, estudiada y manejada en el Servicio de Tórax y Cirugía Vascular del Hospital Civil; situaciones que pudieron conllevar a una pésima evolución que pudo hacer indispensable el necesario y funesto manejo quirúrgico mutilatorio radical de ambas extremidades pélvicas.

17. El 17 de julio de 2000 se instruyó a uno de los médicos de esta Comisión que acudiera al domicilio de la señora Olegaria Ponce Lujano, previa autorización por vía telefónica de su esposo,

quien funge como su representante. El 10 de agosto de ese año se efectuó la visita; del acta levantada resalta lo siguiente:

... Mencionó que el 14 de abril de 1998, se presentó al Hospital Civil Juan I. Menchaca con dolor abdominal severo localizado en fosa ilíaca izquierda, acompañándose de sudación profusa, y que por su propio pie llegó caminando al servicio de urgencias, la valoró un médico y le aplicó un medicamento el cual desconoce, al no ceder su dolor se le aplicó un suero y se le inyectó un medicamento por la vena el cual también desconoce, no cedió su molestia y los médicos decidieron enviarla al Hospital Civil de Guadalajara con atención especial al Servicio de Tórax y Cardiovascular donde es internada; durante su estancia [...] siguió diciendo[...] que no sintió ninguna mejoría y nunca hubo material de curación para que se le realizaran las curaciones después de las dos cirugías que se le practicaron y que hasta un día antes de darse de alta voluntaria, presentó una sensación de entumecimiento de ambas piernas, así como cambios de coloración y observó sus piernas muy hinchadas (edematizadas). Un médico le informó que tenía la presión arterial elevada y desde esos momentos, al parecer el 26 de abril de 1998, sentía sus piernas totalmente sueltas y flácidas (Rigor Mortis: lesiones por daño muscular por falta de aporte sanguíneo ya que a su vez la microcirculación estaba previamente dañada) y fue cuando su esposo decide llevársela de alta voluntaria para que fuera atendida por un médico particular y en un medio hospitalario privado.

Dentro de los antecedentes de importancia que me proporcionó son los siguientes:

Ocho meses previos a su padecimiento motivo de su queja, mencionó que sufría de irregularidades menstruales, por lo cual se le realizó un ecosonograma pélvico y se le detectó una tumoración que no recuerda de qué ovario, por lo cual se sometió a cirugía abdominal en un hospital privado, se mandó analizar dicha tumoración a hispatología, obteniendo resultados de no malignidad, es enviada a su casa sin ninguna complicación aparente.

De sus antecedentes ginecobstétricos, mencionó que solamente se ha embarazado en tres ocasiones y que sus tres hijos nacieron por cesárea.

También tiene antecedentes importantes de tabaquismo, aunque en la actualidad no lo practica; hace mención en forma marcada de que antes de que se le amputaran las piernas ella realizaba ejercicios aeróbicos, y que tenía un gimnasio donde realizaba sus ejercicios cotidianos sin ninguna molestia, inclusive un día antes de que fuera hospitalizada.

Dentro de los antecedentes familiares, mencionó que:

Padre: finado de enfermedad desconocida (¿?), no sabe o no quiso mencionarla.

Madre: finada por cáncer cérvico-uterino con diabetes mellitus probable tipo II

Hermana: con diabetes mellitus actualmente controlada

Hermano: con diabetes mellitus actualmente controlado

Hizo referencia en forma reiterada a que ella no tiene “azúcar” y que además está comprobado por exámenes que se le han realizado, y me presentó un examen de un laboratorio privado donde se reportó una glucosa de 100mg/ml (límite superior normal en ayuno).

Referente a los cuestionamientos sobre la atención médica recibida en el Hospital Civil J. I. Menchaca mencionó:

- “Es pésimo el servicio.”
- “Sólo había un doctor en la atención de urgencias.”
- “No descarta que se le haya aplicado un medicamento diferente al que se le mencionó y que sea el causante de sus amputaciones.”

En el Hospital Civil de Guadalajara, en especial en el Servicio de Tórax y Cardiovascular mencionó:

- “Nunca la curaban por falta de material.”
- “Nunca había material, ¿por qué no me lo dijeron?, yo hubiera comprado”
- “Hubo mucho descuido de los médicos, no me pasaban visita.”
- “Mala atención, inclusive duraban hasta tres días en cambiarme la ropa de cama y bata de hospital.”
- “El servicio de las ambulancias es sumamente deficiente.”

[...]

18. El 5 de agosto de 2000 se acordó la reapertura del expediente, a solicitud del señor Roberto Medina Rodríguez. Se ordenó notificarles a los médicos involucrados esta decisión para que manifestaran lo que en derecho les correspondiera, así como la localización de la médica Graciela Velázquez o Vázquez (del Hospital Civil), quien, según el quejoso, había firmado algunas recetas o notas médicas, ya que en la primera investigación no existían datos de habersele requerido.

19. El 14 de agosto de 2000, personal de esta Comisión se presentó en las instalaciones del Antiguo Hospital Civil para entrevistarse con el médico Gabino de Jesús Vaca Carvajal, subdirector del nosocomio, y solicitarle el nombre de todos los médicos que atendieron a la señora Olegaria Ponce Lujano. El funcionario informó que fueron José Trinidad Pulido Abreu, Juan Carlos Flores Gómez, Martín Gómez Lara y Raúl González Luna; sostuvo que eran médicos residentes y se comprometió a entregar sus cartas de asignación para comprobarlo.

20. El 15 de agosto de 2000, el médico Jesús Vaca Carvajal suscribió el oficio SDM/2830/00, dirigido a la Comisión, mediante el cual exhibe copias de los oficios de asignación de los médicos citados y el documento firmado por el subdirector de Enseñanza, en el que se afirma que éstos eran becarios cuando sucedieron los hechos; por lo tanto, no se pueden clasificar como servidores públicos.

El documento al que se refiere el Subdirector médico se trata del oficio 345/00 suscrito por el doctor Antonio Luévanos Velázquez, enviado al director del Nuevo Hospital Civil, Óscar Aguirre Jáuregui, el 15 de agosto de 2000. En él se afirmó que los señores Juan Carlos Flores Vázquez, José Martín Gómez Lara, Raúl González Luna y José Trinidad Pulido Abreu, en 1998, tenían carácter de médicos residentes becarios de esa institución y fundamentó su dicho en la norma técnica 090-SSA, publicada en el Diario Oficial de la Federación en 1994, la cual hace mención que el médico residente es aquel profesional de la medicina que ha realizado estudios y prácticas de posgrado en una disciplina específica del campo de la salud y que se encuentra realizando su adiestramiento en una unidad hospitalaria.

Anexó copias simples de cuatro oficios de asignación de los médicos citados, del 22 de febrero de 1993 y 27 de febrero de 1996, en los que aparecen, en unos, la firma del doctor Arturo Plascencia

Hernández, y en otros, del doctor Alfonso Gutiérrez Padilla, como jefes de la División de Enseñanza e Investigación, y mediante los cuales fueron asignados a la especialidad de cirugía general (cirugía cardiotorácica) a partir del 1 de marzo de ese año.

El 15 de agosto de 2000 se requirió al doctor Gabino de Jesús Vaca Carvajal, para que allegara copias de los documentos señalados, pero certificadas, para cumplir con lo ordenado en el artículo 67 del Reglamento Interior de la CEDHJ.

21. No obstante que el subdirector Gabino de Jesús Vaca Carvajal había sido omiso en citar al médico Miguel Castellanos Puga (ver punto 19 de este capítulo) como parte del cuerpo de profesionales que participó en los hechos investigados, ya que en el oficio 057/98 del entonces director del nosocomio, Raúl Vargas López, así lo había señalado (punto 4 de este capítulo), se le requirió también su informe y se le notificó la reapertura de la queja, el 17 de agosto de 2000, mediante oficio 2248/00.

22. En virtud de la información ofrecida por Gabino de Jesús Vaca Carvajal, el 16 de agosto de 2000, se le requirió que, de conformidad con las disposiciones de la NOM-090-SSA1-1994 para la organización y funcionamiento de las residencias médicas, proporcionara el nombre del médico responsable de los cuatro residentes en el tiempo en que se atendió a la señora Olegaria Ponce Lujano.

23. El doctor Leobardo Alcalá Padilla, actual director general del OPDHCG, el 24 de agosto de 2000, respondió el requerimiento que se le hizo para que señalara quién había estado de jefe de servicio del área de los médicos residentes adscritos al OPDHCG. Manifestó que el servicio funciona de manera colegiada, "por lo que el jefe de servicio, médicos adscritos, residentes e internos intervienen de manera integral en el manejo de los quehaceres del hospital, los cuales se centran básicamente en la atención, docencia e investigación y formación de recursos humanos". Sostuvo que en cualquier caso participan todas las personas que forman el equipo de trabajo.

24. El 6 de septiembre de 2000 se giró oficio al director del OPDHCG, Leobardo Alcalá Padilla, para que por su conducto requiriera a los cinco médicos involucrados ya citados su informe respectivo, con la notificación de que se había reabierto la queja iniciada en 1998 por solicitud del quejoso y de que la institución de derechos humanos, por mandato de ley, podía acudir a organismos técnicos especializados para aclarar los asuntos que son de su competencia, además de que en el dictamen médico emitido por el IJCF se evidenciaban nuevos elementos de análisis.

25. El doctor Miguel Castellanos Puga, jefe del área de Tórax y Cardiovascular del Antiguo Hospital Civil, rindió su informe el 19 de septiembre de 2000, en el que contestó a las preguntas que se le formularon; en tal escrito se advierte:

1. ¿ En qué consistió su intervención en el caso?

Una actividad cotidiana en el Servicio a mi cargo es la realización de Sesiones Clínicas encaminadas a discutir y orientar a nuestros Residentes en la Sección de Angiología y Cirugía Vasculár Periférica, para el manejo de los pacientes con patología vascular. En el caso particular que nos ocupa, es necesario comentar que, en ningún momento, estuvieron los residentes que manejaron el caso sin la más completa y adecuada supervisión por parte de los Adscritos al Servicio. Todas las medidas diagnósticas y terapéuticas que se aplicaron a la señora Olegaria Ponce Lujano, fueron aprobadas por personas de base del Servicio de Cirugía de Tórax y Cardiovascular.

2. En su calidad de jefe del Servicio de Tórax y Cardiovascular en el Hospital Civil, ¿qué responsabilidad tiene para la atención de los pacientes, como en el caso de la señora Olegaria Ponce, y cómo cumple con ello?

Mi participación no es posible que sea directa en todos los casos, pues en el Servicio se ven 400 pacientes mensuales en Consulta Externa y se atienden diariamente en hospitalización veinte pacientes y se realizan en promedio seiscientas operaciones de la especialidad anualmente. Los adscritos del servicio me tienen constantemente informado de los casos más difíciles que son revisados por todo el personal médico del servicio periódicamente. En el caso de la señora Olegaria Ponce Lujano, todas las medidas tomadas fueron aprobadas por Especialistas de base.

3. Según sus conocimientos y experiencia, ¿cómo contesta a cada uno de los pronunciamientos vertidos en los dictámenes que se le dan vista?

1. En el dictamen del día 15 de Junio del año 2000, emitido por los Peritos Médicos Forenses oficiales del Instituto Jalisciense [sic] de Ciencias Forenses, Doctores Miguel Saldaña Torres y Carlos C. Córdoba Mendoza, con relación al capítulo de conclusiones de dicho dictamen, referente al punto número uno, es muy evidente que no son médicos angiólogos, y critican ellos la espera de 07 días para la realización de una Embolectomía. Es mi opinión que la obstrucción arterial de la señora Olegaria Ponce Lujano, fue una obstrucción arterial agudizada como lo muestran el hecho de los escasos coágulos extraídos durante la Embolectomía y la imposibilidad de aliviar la obstrucción arterial con este procedimiento. Los Doctores que participaron en el manejo del caso no mostraron impericia y negligencia como lo dicen los peritos, sino excelentes conocimientos de la patología vascular de la paciente y prudencia en la aplicación de las medidas terapéuticas quirúrgicas que se llevaron a cabo en el momento más oportuno, como lo demostraron los estudios angiográficos que se encuentran en nuestros archivos y los cuales no demuestran arterias distales abiertas a las cuales se pudiera colocar la porción terminal de un injerto, vascular arterial.

En relación al punto número dos, cuando la señora Olegaria Ponce Lujano fue dada de alta voluntaria a insistencia de sus familiares y contra los consejos de los médicos tratantes, no existía ninguna indicación para llevar a cabo la amputación de las dos piernas. No tengo información sobre lo que sucedió en el Hospital de Santa Margarita después de la alta de la paciente.

En relación al punto número tres, comparto la opinión de que la carencia de notas clínicas y de datos de laboratorio y particularmente la ausencia de estudio histopatológico de las piernas amputadas, no justifican la decisión, como se menciona en el dictamen, impetuosa de amputar ambos miembros.

En cuanto al dictamen emitido por el Dr. Ramón Fuentes Velasco, de fecha 14 de Julio del año en curso, respecto a los puntos números uno, dos y tres del capítulo de "observaciones del caso", me parece que la apreciación del Dr. Fuentes Velasco, está fuera de la realidad, pues la paciente fue adecuadamente evaluada; aunque no se consignen en la historia clínica los datos negativos de la exploración y la sospecha de oclusión crónica de las arterias femorales fue la base del diagnóstico para el manejo de la paciente no practicando la trombectomía femoral precisamente por la sospecha de que no sería efectiva en el manejo de su problema isquémico, como lo demostraron posteriormente las arteriografías que obran en nuestro poder y que no permiten ver cabo distal arterial en las piernas al cual se pudiera suturar un injerto vascular.

Respecto a la Norma Nacional a la que hace referencia el "Perito" (Dr. Fuentes Velasco), me permito hacer de su conocimiento y de quien lea este Documento que, con fecha 07 de diciembre de 1998 se publicó en el Diario Oficial de la Federación el Proyecto de la Norma Oficial Mexicana, la cual bajo el numeral NOM/6-SSA1-1998, se firmó el 14 de septiembre de 1999, fue publicado el 30 de septiembre del mismo año y hace referencia a que entraría en vigor un día después de su publicación, es decir el 01 de octubre de 1999, por lo que dicha Norma no tenía vigencia al momento de presentarse el caso en cuestión.

En cuanto a los puntos número cuatro, cinco y seis del mismo capítulo, dudo mucho de la capacidad del Dr. Fuentes Velasco, en la interpretación de las arteriografías, pues el principal hallazgo en las mismas importante clínicamente es la demostración de la presencia o ausencia de

cabos arteriales distales a los cuales se pueda injertar una prótesis vascular. En el presente caso su ausencia contraindica la aplicación de injertos para revascularización de los miembros y empeora marcadamente el pronóstico de la paciente.

De los puntos siete y ocho, se hace evidente que el que desconoce la situación clínica de la paciente es el “perito” Fuentes Velasco, pues ninguno de los procedimientos que menciona en el punto ocho, Trombectomía Arterial o “BAYPASS” hubieran resuelto por sí mismos el problema de la paciente ante la imposibilidad de liberar la arteria de placas obstructivas. En cuanto a lo incompleto de las notas en la historia clínica creo que leyéndolas cuidadosamente conllevan toda la información necesaria para ser entendido por una mente preparada en la especialidad el curso clínico de la paciente.

En cuanto a la “conclusión” del Dr. Fuentes Velasco, quiero hacer notar que en el número de intervenciones quirúrgicas anuales que hacen nuestros residentes cuidadosamente supervisados por el personal de base, todos ellos cirujanos vasculares adecuadamente entrenados, es en exceso de 600 intervenciones anuales con un manejo clínico y paraclínico de 400 enfermos mensuales. Los programas de entrenamiento de nuestros residentes los convierten sin lugar a dudas en los cirujanos vasculares con mayor experiencia en el país al terminar su entrenamiento.

En cuanto a las preguntas contestadas por el Dr. Fuentes Velasco, me permito comunicarle en respuesta a la pregunta número uno, que no puede eliminarse el diagnóstico de shock anafiláctico como lo hace olímpicamente el Dr. Fuentes Velasco.

En cuanto a las preguntas dos y tres, creo que no puede precisarse con exactitud el diagnóstico que el Doctor da por hecho debido a la ausencia del examen anatomopatológico que los cirujanos de Santa Margarita contra todas las normas existentes no llevaron a cabo después de la amputación. Pero aún así insistimos en que ningún procedimiento quirúrgico hubiera resuelto el problema de la señora por los motivos anteriormente expuestos.

En cuanto a la pregunta número cuatro, el Doctor insiste en que se trató de una oclusión arterial aguda simple, lo cual no es sustentable por los hechos.

En la contestación a la pregunta número cinco, el Dr. Fuentes Velasco propone procedimientos y medicamentos que de acuerdo a nuestra experiencia traen más problemas que resultados (Bloqueo simpático medicamentoso continuo).

Las contestaciones de las preguntas restantes de la seis a la nueve, me parece que tratan de generalidades no aplicables en forma práctica al caso clínico y que por algún motivo no evidenciado el Dr. Fuentes Velasco, trata de inclinar la balanza del juicio indebidamente a favor de una de las partes, lo cual me parece falta de ética médica en su desempeño como perito, pues el número de conclusiones sin fundamento es muy evidente. Quiero hacer notar que el haber dejado los muñones de amputación abiertos es en contra de todas las normas quirúrgicas conocidas, puesto que en esta época de potentes antibióticos e ingeniosos sistemas de drenaje de las heridas quirúrgicas esto no se justifica por ningún motivo.

En cuanto a la pregunta número 10, no estoy de acuerdo con lo expresado por el Dr. Fuentes Velasco, y creo que el familiar de la paciente estuvo indebidamente influenciado en contra de los médicos del Hospital Civil y de los esfuerzos que hicieron por aliviar a la enferma.

Los médicos que la sacaron del Hospital Civil, influyeron en el ánimo agresivo de la familia y finalmente los influyó para llevar a cabo la amputación de ambas piernas.

4. ¿Existen especialistas angiólogos que presten sus servicios en el OPD Hospital Civil?

El servicio de Cirugía de Tórax y Cardiovascular del Hospital Civil fue fundado por un servidor en el año de 1963, con la unión de los Servicios de: Neumología, Angiología y Cirugía de Corazón. Desde entonces el Servicio ha funcionado ininterrumpidamente hasta la fecha, y hemos formado 52 especialistas en Cirugía de Tórax y Cardiovascular Periférica que lleva también el nombre genérico de "Angiología". Actualmente tenemos 6 especialistas en Cirugía de Tórax y Cardiovascular (Angiología), todos ellos en el Hospital y pertenecientes desde hace varios años a la Sociedad de Angiología de Guadalajara. Nuestro programa de entrenamiento para Residentes en Cirugía de Tórax y Cardiovascular es mucho más completo que cualquier otro en la República, pues nuestros graduados tienen experiencia supervisada en Cirugía de Tórax y Vascular Periférico, y en lugar de dos años de la Especialidad, cursan cuatro años en entrenamiento en nuestro Servicio.

5. Si contestó afirmativamente a la pregunta anterior, ¿por qué no se consultó a turno el caso de la señora Olegaria Ponce en el tratamiento al que se le sujetó?

Ya he mencionado en la contestación a la pregunta número 2, que estuvimos constantemente informados del curso clínico de la paciente, y es mi opinión que el manejo intrahospitalario en el Hospital Civil fue intachable de acuerdo al curso clínico que tuvo la paciente.

6. ¿Por qué al darle la alta voluntaria no se le hizo un chequeo, estudio o valoración para que constara el estado de salud en que egresaba del hospital?

La paciente abandonó el Hospital bajo la presión de sus familiares, habiendo sido adecuadamente revisada y bajo la constante atención de los Residentes a su cargo. Fue intervenida quirúrgicamente en dos ocasiones, y se llevaron a cabo estudios de la Especialidad en varias ocasiones. Fui oportunamente informado de que la paciente abandonaría el hospital, habiendo firmado su esposo "su alta voluntaria", haciéndose responsable y habiendo sido advertido los riesgos que implicaba para la enferma dejar el Hospital en esas condiciones.

26. Personal de la Comisión indagó acerca de la médica Graciela Vázquez o Velázquez, que el quejoso Roberto Medina Rodríguez había señalado como la profesionista que también había atendido a su esposa.

El doctor Gabino de Jesús Vaca Carvajal informó, en su oficio SDM/2885/00, después de haber revisado los archivos de la Subdirección de Enseñanza y de Recursos Humanos del Antiguo Hospital Civil, que no encontró ningún registro oficial con el nombre de Graciela Vázquez o Velázquez, desde el 1 de 1998 a la fecha del oficio, 24 de agosto de 2000.

27. Existe una constancia de la investigación realizada por personal de esta Comisión en la SSJ, donde el 26 de septiembre de 2000, el coordinador de residentes e internos de la propia SSJ, doctor Óscar Sánchez Mercado, informó que según sus conocimientos los residentes médicos no son servidores públicos porque no están contratados como empleados y que al momento de aceptarlos como residentes en una unidad médica sólo firman su carta de asignación. Dijo que éstos no son directamente responsables en las actividades que llevan a cabo, ya que son estudiantes de posgrado.

28. El 29 de septiembre de 2000 se recibieron en esta institución los escritos que contenían los informes de los siguientes médicos:

José Martín Gómez Lara, quien argumentó:

El suscrito, la intervención que realicé en la atención a la quejosa Olegaria Ponce Lujano, fue en mi calidad de Médico Residente y en razón del carácter de mi categoría médica, de acuerdo a la

legislación de la materia, “yo no puedo ser considerado como servidor público”, pero no obstante de lo anterior y dada la calidad de la institución que usted representa, como un ciudadano respetuoso de su representada doy respuesta a los cuestionamientos derivados de su comunicado, en los términos siguientes.

Se trata de paciente femenina la cual nos fue referida por el nuevo hospital civil por presentar datos de insuficiencia arterial, según refiere posterior aplicación de antiespasmódico, a su ingreso la paciente refería que la sintomatología iba en disminución en relación a su estancia en otro hospital, la cual era de dolor en ambas piernas cambios de coloración así como datos de anafilaxia. Al revisarla encontramos solo leve hipotermia bilateral con pulsos femorales de buena intensidad popliteos dudosos y distales ausentes, también cursaba con crisis hipertensiva severa, las piernas no presentaban en esos momentos datos de agudización.

Se instaura manejo medico inicial con heparina, nifedipina, corticoides y observación así pasa las primeras 48 horas con mejoría ostentosa de la sintomatología, ya sin dolor, sin cambios de coloración y con temperatura normal, al persistir la ausencia de pulsos distales se decide realizar artereografía bilateral, el día 17 se realizó en la pierna derecha, el 18 en la izquierda, los hallazgos fue de una oclusión femoropoplitea con pésimo corrimiento a expensas de la tibial posterior adelgazada y arosariada se mantuvo la paciente estable de sus extremidades y en vías de controlar su presión los días 19, 20, 21, 22 y 23, como los signan las notas correspondientes en el expediente, sin presentar ningún dato de oclusión aguda como lo serían el dolor, la contractura muscular, la cianosis, las flictenas o la parálisis muscular.

Se presenta el caso y se decide someterla a exploración vascular bilateral, la cual se realiza el 24 de abril, se encuentran ambas arterias femoral adelgazadas, con obtención de coágulos formados viejos, se obtiene pobre flujo pasando las sondas 50 centímetros, a las pocas horas de realizada la cirugía presenta ahora sin datos de oclusión aguda, caracterizado por el dolor, hipotermia y cianosis, a las 3 horas se vuelve a reintervenir, explorando ambas femorales, y popliteas obteniendo en esta ocasión abundantes coágulos frescos, pasa a su cama en condiciones estables. Al día siguiente 24 de abril la paciente presenta un síndrome de reperusión en la pierna derecha por lo cual se realiza retiro de puntos de la herida de la rodilla para realizar fasciotomía, el 25 se paso visita personalmente y le realizó ultrasonido Doppler detectando flujo hasta el pie y con viabilidad de las piernas, durante este inter el manejo continuó con heparina, antibióticos, antihipertensivos y vasodilatadores, el domingo en la mañana al parecer vuelve a presentar datos de dolor e ambas piernas y deciden darse de alta voluntaria, previa valoración de Interconsulta a Medicina Interna que nosotros ya habíamos hecho.

Aun sin conceder de que tenga la obligación de rendir informe porque insisto no soy servidor público, hago notar que respecto a la norma nacional a la que hace referencia el perito Doctor Juan Ramón Fuentes Velasco, me permito hacer de su conocimiento y de quien lea este documento que, con fecha 7 de diciembre de 1998, se publicó en el Diario oficial de la Federación el proyecto de la Norma Oficial Mexicana, la cual bajo el numeral NOM/6-SSA1-1998, se firmó el 14 de septiembre de 1999, fue publicada el 30 de septiembre del mismo año y hace referencia a que entraría en vigor un día después de su publicación, es decir el 1° de octubre de 1999, por lo que dicha norma no tenía vigencia al momento de presentarse el caso en cuestión.

Raúl González Luna, que informó:

El suscrito, la intervención que realicé en la atención a la quejosa Olegaria Ponce Lujano, fue en mi calidad de Médico Residente y en razón del carácter de mi categoría médica, de acuerdo a la legislación de la materia, “yo no puedo ser considerado como servidor público”, pero no obstante de lo anterior y dada la calidad de la institución que usted representa, como un ciudadano respetuoso de su representada doy respuesta a los cuestionamientos derivados de su comunicado, en los términos siguientes.

Recibo en la Sala de Urgencia a la señora Olegaria Ponce Lujano, la cual tenía dx. De oaa por pb anafilaxia, al revisarla se observó coloración marmorea de ambas piernas la cual iba desapareciendo, así como mejorando la disminución de la temperatura que refería la paciente en el otro hospital, consultó con mi residente de mayor jerarquía, el cual decide que por la mejoría de la paciente y la falta de datos de agudización se le daría manejo conservador con analgésicos vasodilatadores y anticoagulantes endovenosos, así como control de la hipertensión que representaba.

La paciente pasa a otro equipo de trabajo ajeno al mío y no vuelvo a saber de ella hasta el día 26 de abril, en que estando de guardia me comunica el esposo que quiere llevársela de alta voluntaria, a lo cual le explico los riesgos y el que él se hace responsable de lo que a ella le pueda pasar lo cual acepta y firma de conformidad.

Es de hacer notar que ese día se le pasó visita a la paciente y se le realizó curación, y que las condiciones de la paciente no eran graves.

Aun sin conceder de que tenga la obligación de rendir informe porque insisto no soy servidor público, hago notar que respecto a la norma nacional a la que hace referencia el perito Doctor Juan Ramón Fuentes Velasco, me permito hacer de su conocimiento y de quien lea este documento que, con fecha 7 de diciembre de 1998, se publicó en el Diario oficial de la Federación el proyecto de la Norma Oficial Mexicana, la cual bajo el numeral NOM/6-SSA1-1998, se firmó el 14 de septiembre de 1999, fue publicada el 30 de septiembre del mismo año y hace referencia a que entraría en vigor un días después de su publicación, es decir el 1° de octubre de 1999, por lo que dicha norma no tenía vigencia al momento de presentarse el caso en cuestión.

Juan Carlos Flores Vázquez sostuvo:

El suscrito, hace del conocimiento que por lo que se refiere a la quejosa Olegaria Ponce Lujano, en el tiempo en que estuvo hospitalizada en el Hospital Civil de Guadalajara, en ese entonces fungí en calidad de Médico Residente y en razón del carácter de mi categoría médica, de acuerdo a la legislación de la materia, "yo no puedo ser considerado como servidor público", pero no obstante de lo anterior y dada la calidad de la institución que usted representa, como un ciudadano respetuoso de su representada hago de su conocimiento lo siguiente:

Con relación a los supuestos hechos relacionados en la queja antes mencionada, relativa a Olegaria Ponce Lujano, yo no intervine en la atención médica y quirúrgica, o sea en ningún manejo, ya que en el Servicio de Tórax y Cardiovascular se maneja por grupos de Médicos Residentes y adscritos a cada caso en particular, y esta paciente no pertenecía al grupo que yo manejaba, por lo tanto no debe existir ninguna responsabilidad a la cual deba de responder respecto de esa paciente, ya que no acepto ninguno de los actos que se enumeran en la queja anunciada.

José Trinidad Rafael Pulido Abreu dijo:

El suscrito, la intervención que realicé en la atención a la quejosa Olegaria Ponce Lujano, fue en mi calidad de Médico Residente y en razón del carácter de mi categoría médica, de acuerdo a la legislación de la materia, "yo no puedo ser considerado como servidor público", pero no obstante de lo anterior y dada la calidad de la institución que usted representa, como un ciudadano respetuoso de su representada doy respuesta a los cuestionamientos derivados de su comunicado.

Tuve conocimiento de la quejosa Olegaria Ponce Lujano el día 16 de abril de 1998, la cual al revisarla la encontré sin datos de oclusión arterial aguda, por lo cual se instaura manejo médico inicial con Heperina, Nifedipina, Corticoides y observación, así pasa las primeras 48 horas con mejoría ostentosa de la sintomatología, ya sin dolor, sin cambios de coloración y con temperatura

normal, al persistir la ausencia de pulsos distales, se decide realizar arteriografía bilateral, el día 17 se realizó en la pierna derecha, el día 18 en la izquierda, los hallazgos fue de una oclusión femoropoplítea, con pésimo corrimiento a expensas de la tibial posterior adelgazada y arosariada. Se mantuvo la paciente estable de sus extremidades y en vías de controlar su presión los días 19, 20, 21, 22 y 23, como lo signan las notas correspondientes en el expediente, sin presentar ningún dato de oclusión aguda, como lo serían el dolor, la contractura muscular, la cianosis, las flictenas o la parálisis muscular. Se presenta el caso y se decide someterla a exploración vascular bilateral, la cual se realiza el 24 de abril, se encuentran ambas arterias femoral adelgazadas, con obtención de coágulos formados viejos, se obtiene pobre reflujo pasando las sondas 50 cm, a las pocas horas de realizada la cirugía, presenta ahora sin datos de oclusión aguda, caracterizado por dolor, hipotermia y cianosis, a las 3 horas se vuelve a reintervenir, explorando ambas femorales y poplíteas, obteniendo en esta ocasión abundantes coágulos frescos, pasa a su cama en condiciones estables, al día siguiente 24 de abril, la paciente presenta un síndrome de reperfusión en la pierna derecha, por lo cual se realiza retiro de puntos de la herida de la rodilla para realizar fasciotomía, 25 se realiza ultrasonido Doppler, detectando flujo hasta el pie y viabilidad de las piernas, durante este inter, el manejo continuó con heparina, antibióticos, antihipertensivos y vasodilatadores, el domingo en la mañana al parecer vuelve a presentar datos de dolor en ambas piernas y deciden darse de alta voluntaria, previa valoración de IC a Medicina Interna, que nosotros ya habíamos hechos.

Haciendo un análisis del caso, estoy seguro de que lo que se le realizó de mi parte a la señora Olegaria Ponce Lujano, fue en tiempo y forma lo adecuado, se le administraron medicamentos, tanto para controlar su presión, como para intentar mejorar su estado circulatorio, se le realizaron estudios de laboratorio, de ultrasonido, así como de radiología, siendo este último las arteriografías. Durante toda la estancia intrahospitalaria, se le mantuvo informada a la paciente y a sus familiares sobre todo, el curso que su enfermedad seguía, nunca se dejó de tener contacto con su esposo, mismo que a pesar de las informaciones que periódicamente le vertíamos, era palpable su incompetencia cognoscitiva, lo que no sucedía con la paciente.

Con respecto a los peritajes que presentan, primero el emitido por el Instituto Jalisciense de Ciencias Forenses, en el cual se evidencia que los realizadores de dicho documento no son especialistas en la materia y que adolecen de las bases mínimas para poder efectuar conclusiones confiables y que en toda la extensión del documento se aprecian infinidad de errores, contradicciones e incongruencias, que en su momento de ser solicitado por ustedes gustosamente les anexaré un documento expreso.

En cuanto al peritaje del "Angiólogo" lo menos que podemos expresar es que está pleno de parcialidad, ignorancia y deseo de perjudicarnos, en un documento que también en toda su extensión lleno está de errores y sobre todo de comentarios tendenciosos, que reflejan corrupción o total ignorancia.

Quiero hacer mencionar también, de que en su poder están dos peritajes que hablan todo lo contrario de lo que dicen los anteriores, el realizado por el Médico Angiólogo doctor Alfonso Ruiz Velasco Rosas, Fundador del Colegio de Angiología y Cirugía Vascular, así como certificado por el Consejo de especialidad.

Ofrezco de mi parte como elemento de prueba un tercer peritaje que obra en mi poder que a la hora que ustedes gusten les puedo hacer llegar para corroborar el punto anterior y lo presentaré en el transcurso de la primera semana del mes de octubre del año en curso, lo anterior en razón de que el perito Doctor Raúl Lepe Aguilar, Coordinador del Servicio de Angiología del Hospital Regional de Zoquipan, Jalisco, que los emitirá se encuentra en un congreso de la especialidad fuera de la ciudad y regresa este fin de semana.

Finalmente, demuestra que mi actuación médica profesional en el presente caso, es la adecuada, tal como se confirma con su acuerdo en que declaró la improcedencia de la presente queja, y

comunicado a la institución con número de oficio 3502/99-UV, el cual se basó en el peritaje de su institución y en el de la Conamed, derivado este último del expediente 1640/98. De los mismos se deduce que no existe materia sobre la queja a que se ha hecho alusión.

Aun sin conceder de que tenga la obligación de rendir informe porque insisto no soy servidor público, hago notar que respecto a la norma nacional a la que hace referencia el perito Doctor Juan Ramón Fuentes Velasco, me permito hacer de su conocimiento y de quien lea este documento que, con fecha 7 de diciembre de 1998, se publicó en el Diario oficial de la Federación el proyecto de la norma oficial mexicana, la cual bajo el numeral NOM/6-SSA1-1998, se firmó el 14 de septiembre de 1999, fue publicada el 30 de septiembre del mismo año y hace referencia a que entraría en vigor un día después de su publicación, es decir el 1° de octubre de 1999, por lo que dicha norma no tenía vigencia al momento de presentarse el caso en cuestión.

29. El médico José Trinidad Rafael Pulido Abreu ofreció como prueba, el 9 de octubre de 2000, un dictamen del especialista angiólogo Raúl Lepe Aguilar, quien fue el mismo que se presentó ante el agente del Ministerio Público en la averiguación previa 15635/99-A para que fuera considerado por esta Comisión al dictar la resolución que correspondiese.

En dicho dictamen se observa:

... Con los antecedentes referidos en el expediente de la señora Ponce Lujano, en ese momento de 40 años de edad, de tabaquismo importante, hipertensión arterial sistémica sin control regular, obesidad y sedentarismo, con familiares directos de diabetes mellitus y con historia de claudicación intermitente de miembros inferiores de 4 meses de evolución; se presentó inicialmente el 15 de abril de 1998 en el Nuevo Hospital Civil Juan I. Menchaca de esta ciudad, por tener dolor abdominal en fosa ilíaca izquierda así como dolor y palidez de miembros inferiores de 8 días de evolución siendo manejada con butilioscina y ketorolaco, mejorando del cuadro abdominal pero no de la sintomatología de miembros inferiores por lo que fue trasladada al Hospital Civil de Guadalajara, donde fue admitida al Servicio de Cirugía de Tórax y Cardiovascular el mismo 15 de abril del 98 en las siguientes condiciones:

TA=200/100, FC=90 1pm, en estado de conciencia alerta, la exploración de cabeza, cuello y tórax sin datos relevantes; en abdomen con dolor a la palpación profunda, más intenso en fosa ilíaca izquierda pero con peritaitismo presente. En miembros inferiores; derecho con presencia de pulsos femoral y popliteo y ausencia de distales (pedio y tibial posterior) con hipotermia y palidez en pierna y pie y a nivel de rodilla con mancha marmórea de forma circular que había estado desapareciendo. En el izquierdo, la nota describe con pulsos femoral y popliteo presentes, así como tibial posterior, con hipotermia de tercio distal de pierna y ligera cianosis solo en primer dedo (ortejo).

La arteriografía de miembro inferior derecho, realizada el 17 de abril de 1998, mostró una oclusión de arteria poplitea en su primera porción, con abundante colateralización por debajo de la misma pero con falta de llenado distal de troncos arteriales infrapopliteos, ya que solo se visualizó en forma precaria un segmento de la tibial posterior muy adelgazada y sin continuidad de flujo hacia el pie, lo cual demostró una afectación oclusiva severa y difusa de los tres troncos arteriales por debajo de la rodilla (tibial anterior, tibial posterior y peronea).

Al día siguiente (18 de abril de 1998), al parecer, se complementó estudio angiográfico de la otra pierna, realizando arteriografía de la extremidad inferior izquierda, cuyo patrón obstructivo fue de características similares a la de la derecha.

En los días posteriores a las arteriografías, las notas del 18 al 22 de abril 1998 describen que la paciente estuvo estable, sin dolor importante y sin progresión de los signos de isquemia.

Por lo anterior, fue programada para cirugía electiva de exploración vascular, llevada a cabo el 23 de abril de 1998, realizando disección de arterias femorales derecha e izquierda, introduciendo cateter de Fogarty # 3Fr, logrando avanzarlo sólo 50 cm por resistencia distal y extrayendo algunos trombos viejos (organizados, de consistencia aumentada), concluyendo el acto quirúrgico sin complicaciones y logrando al parecer cierta mejoría.

30. El 17 de octubre de 2000 se dictó un acuerdo que fue notificado mediante los oficios 3300 al 3302/00 enviados al director general del OPDHCG, a los cuatro médicos señalados como residentes y al doctor Miguel Castellanos Puga, respectivamente, para que proporcionaran el nombre o nombres de los médicos responsables a cargo de quien o quienes estaban los cuatro residentes o becarios que participaron en los hechos, ya que en al menos dos ocasiones se le solicitó directamente al Subdirector médico esa información, pero no la proporcionó. Lo anterior, en virtud de que el subdirector médico Gabino de Jesús Vaca Carvajal (punto 19 de este capítulo) afirmó que los médicos señalados como directos responsables tenían carácter de residentes becarios de esa institución y fundamentó su dicho en la norma técnica 090-SSA, publicada en el Diario Oficial de la Federación en 1994. El mismo Castellanos Puga, sostuvo en su informe, ya transcrito, que:

... es necesario comentar que, en ningún momento, estuvieron los residentes que manejaron el caso sin la más completa y adecuada supervisión por parte de los Adscritos al Servicio. Todas las medidas diagnósticas y terapéuticas que se aplicaron a la señora Olegaria Ponce Lujano, fueron aprobadas por personas de base del Servicio de Cirugía de Tórax y Cardiovascular.

Vale la pena mencionar que el 16 de octubre se giró nuevo oficio, el número 3327/00, al director general del OPDHCG, Leobardo Alcalá Padilla, en el que se le fija el término de veinticuatro horas para que proporcionara la información. En respuesta, al día siguiente, mediante oficio SDM/3020/00, el subdirector médico Gabino de Jesús Vaca Carvajal informó que el responsable de la atención que motivó la queja, era el doctor Miguel Castellanos Puga.

Los días 19, 23 y 30 de octubre de 2000 se recibieron los escritos firmados por el director general, Leobardo Alcalá Padilla, y por los cuatro médicos ya señalados, así como el oficio 69/00, suscrito por el doctor Miguel Castellanos Puga, jefe del área de Tórax y Cardiovascular. Informaron que el servicio que se otorga a los pacientes en el OPDHCG, específicamente en el área citada, funciona de manera colegiada, con la participación de médicos, adscritos, residentes e internos y que

... debido a la demanda de atención el servicio no podría funcionar con la participación de un solo médico en horario de 24 horas, el gran número de pacientes y la responsabilidad del hospital como formador de recursos humanos para la salud le obligan a contar con una guardia permanentemente formada por médicos de cada una de estas tres categorías. Le reiteramos que el manejo o tratamiento que se indica a un paciente es invariablemente avalado por los especialistas del área.

En su escrito, los cuatro médicos señalados como becarios afirmaron que "... del grupo que firma al calce del documento, el doctor Juan Carlos Flores Vázquez, no participó en la atención en cuestión".

31. El 10 de noviembre de 2000, el doctor Hilario Gómez Valdés, presidente del Consejo Mexicano de Angiología y Cirugía Cardiovascular, AC, especialista externo consultado por la CEDHJ, emitió la siguiente opinión:

... 1) La elaboración del expediente clínico [del Antiguo Hospital Civil] remitido es deficiente, las notas médicas insuficientes, no se llega a conclusiones diagnósticas justificadas y deja mucho a interpretación subjetiva de los que de ellas pudiese obtenerse, no se justifica el porqué se realizaron los diagnósticos, planes terapéuticos y la decisión de tratamiento, así mismo no se

elabora un pronóstico sobre la situación de la paciente y las probables repercusiones que se pudiesen presentar ante la patología que presentaba la señora Olegaria Ponce Lujano, lo cual siempre debe realizarse e informar explícitamente a la paciente y familia para evitar lo acontecido en este caso en que existió falta de comunicación entre las partes involucradas.

2) En cuanto al diagnóstico del padecimiento que motivó el ingreso de la paciente al Hospital Civil que textualmente se transcribe: inicio súbito, con entumecimiento de forma ascendente iniciando en dedos hasta región inguinal, acompañado de palidez de pie y dolor tipo pungitivo en extremidad inferior izquierda. En extremidad inferior derecha aparece cianosis en dedos y en forma difusa en pierna nos habla de un proceso agudo. Existe el día 15-IV-98 una excelente descripción por enfermería en su hoja de urgencias que dice textualmente paciente intranquila por presentar dolor en extremidad inferior izquierda, fría, cianótica y pálida, asimismo se escribe el diagnóstico trombosis arterial de extremidad inferior.

Tales descripciones del personal médico y de enfermería nos conforman la existencia de padecimiento agudo que amerita de manejo intensivo e inmediato.

3) Existe en el expediente ausencia total de la evolución de la paciente los días 16-IV-98 y 17-IV-98 pero de acuerdo a la nota del 18-IV-98 se puede intuir que con el tratamiento médico instituido existió compensación del proceso agudo aun cuando hubiese sido recomendable el haber colocado bloqueo peridural terapéutico para lograr una mejor compensación de la extremidad.

4) Dado el hallazgo clínico de insuficiencia arterial aguda en ambos miembros pélvicos el estudio angiográfico realizado debió haberse hecho en forma bilateral, no hay constancia de que se hizo en el lado izquierdo, sólo se refiere arteriografía femoral derecha y de acuerdo a las notas previas la extremidad mayormente afectada y que motivó el ingreso es la extremidad pélvica izquierda asimismo la descripción del mismo es deficiente y no se establece la posibilidad diagnóstica etiológica del proceso.

5) Es sometida a cirugía arterial directa el día 23-IV-98, 7 días posterior a su ingreso, siendo el resultado de dicha cirugía fallido y que ameritó reintervención ese mismo día. Existe una nota en que se refiere que la paciente continúa con las extremidades inferiores frías, con cambios de coloración y edema lo cual es manifestación clínica de la reobstrucción del segmento intervenido, iniciándose a partir de la reintervención mala evolución clínica de las extremidades siendo necesario el realizar fasciotomías y encontrando de acuerdo a resultados de laboratorio anemia y leucocitosis progresiva indicativa de probable proceso infeccioso.

6) El día 25-IV-98 se refiere que la paciente se encuentra en malas condiciones y el 26-IV-98 se elabora una nota de alta voluntaria en la cual no se describe las condiciones clínicas en que se encontraba la paciente.

32. El 8 de diciembre de 2000, Raúl González Luna, Juan Carlos Flores Vázquez, José Martín Gómez Lara y José Trinidad Rafael Pulido Abreu entregaron escritos a esta Comisión para manifestar su deseo de que las pruebas presuncional, legal y humana y la instrumental de actuaciones se tengan en cuenta al momento de resolver y aclaran que su intervención en los hechos fue con carácter de médicos residentes, por lo que piden que no sean considerados servidores públicos.

El último mencionado, además, describió la prueba documental que deseaba se tomara en cuenta: dictamen pericial emitido por Alfonso Ruiz Velasco Rosas, médico cirujano y partero, especialista en angiología, miembro del Consejo Mexicano de Angiología y Cirugía Vasculor, con certificación 214, y del Consejo Nacional de Cirugía de Tórax, certificación 154, socio fundador del Colegio Jalisciense de Angiología y Cirugía Vasculor, AC. Anexó un escrito con membrete y rúbrica del

doctor Alfonso Ruiz Velasco, dirigido al agente del Ministerio Público número 4 de averiguaciones previas, sin fecha de presentación o de formulación.

El 22 de enero de 2001 se averiguó en las instalaciones del Antiguo Hospital Civil si los dos especialistas que suscribieron las opiniones médicas ofrecidas como prueba en el procedimiento de la queja por el médico residente José Trinidad Rafael Pulido Abreu, eran o fueron trabajadores del OPDHCG, lo cual resultó cierto. En el expediente se ordenó guardar la confidencialidad de los informantes, todos trabajadores del Hospital Civil, de acuerdo con los artículos 49 de la Ley de la Comisión Estatal de Derechos Humanos y 5, 7 y 54 de su reglamento.

Para corroborar este dato, el 29 de enero de este año se giró oficio número 020/01 al doctor Leobardo Alcalá Padilla con la solicitud formal al respecto; se le dio un plazo de veinticuatro horas, de conformidad con los artículos 48, 85 al 88 de la Ley de la Comisión Estatal de Derechos Humanos.

Al día siguiente se comunicó por teléfono quien dijo ser el licenciado Andrés Politrón Álvarez, adscrito al Departamento Jurídico del Antiguo Hospital Civil, y proporcionó la información por instrucciones del doctor Alcalá Padilla. Dijo que el doctor Alfonso Ruiz se desempeña en el nosocomio desde el 1° de diciembre de 1994 como médico especialista "B" en el servicio de Tórax y Cardiovascular; con relación al doctor Raúl Lepe Aguilar, afirmó que trabajó como médico residente aproximadamente del 30 de marzo de 1986 a febrero de 1990 en el mismo nosocomio y área médica.

Con base en esa información, se dictó acuerdo en el trámite de la queja, de no admitir como prueba plena estos documentos (las opiniones médicas que ofreció en el procedimiento de la queja el médico José Trinidad Rafael Pulido Abreu), porque carecen de la característica esencial de los peritajes: la imparcialidad, debido a que los dos angiólogos que los suscriben tienen, uno de ellos, y tuvo, el otro, nexos laborales con el OPDHCG.

b) Evidencias

1. Oficio 574/98, del 4 de julio de 1998, mediante el cual el doctor Óscar Aguirre Jáuregui, director del Antiguo Hospital Civil comunicó que cualquier petición sobre los hechos se dirigiera al doctor Raúl Vargas López, director general del OPDHCG.

2. Expediente clínico que remitió el 24 de julio de 1998 el entonces director del Antiguo Hospital Civil, doctor Óscar Aguirre Jáuregui.

3. Oficio CEDHJ/02567/98, del 3 de agosto de 1998, enviado al director general del OPDHCG, doctor Raúl Vargas López, para solicitarle que señalara los nombres de los médicos que participaron en la atención de la señora Olegaria Ponce Lujano.

4. Expediente clínico del hospital Santa Margarita, enviado el 13 de agosto de 1998 por el doctor Mario Rivas Souza.

5. Oficio 057/98, del 14 de agosto de 1998, firmado por el director general del OPDHCG, doctor Raúl Vargas López, mediante el cual informó a esta Comisión los nombres de los médicos que participaron en los hechos.

6. Oficio 1764/99/IV, del 17 de junio de 1999, enviado al director general del OPDHCG, doctor Raúl Vargas López, para solicitarle que notificara personalmente a los cinco médicos involucrados.

7. Oficios del 1765/99/IV al 1768/99/IV del 17 de junio de 1999, para requerir su informe a cada uno de los médicos que participaron en los hechos.
8. Oficio, sin número, del 30 de junio de 1999, que contiene el informe del doctor Raúl Vargas, en representación de todos los médicos requeridos.
9. Acta levantada en esta Comisión, el 29 de marzo de 2000, por la inconformidad del señor Roberto Medina Rodríguez con la opinión médica en la cual se fundamentó la resolución de falta de elementos para archivar el expediente 1533/98/IV.
10. Oficio 037/200/IV, del 11 de abril de 2000, remitido al doctor Macedonio Tamez Guajardo, titular del IJCF, para solicitar dictamen sobre el caso.
11. Acta levantada el 19 de mayo de 2000 que hace constar que se solicitó su colaboración, por vía telefónica a la ciudad de México, a Lourdes Oviedo Espinoza, directora general de la Conamed.
12. Acta levantada el 19 de mayo de 2000 para dejar constancia de que personal de la Cuarta Visitaduría habló con Alfonso Cabrera Mir, director general de la Coordinación Regional de la Conamed.
13. Oficio 52/00/IV, de la misma fecha, dirigido al doctor Héctor Fernando Varela, titular de la Conamed, por el cual se le solicitó una opinión médica en el caso de la señora Olegaria Ponce Lujano.
14. Oficio 14562/2000/DDP, del 19 de mayo de 2000, suscrito por el licenciado Manuel Ramírez García, coordinador general institucional y de dictaminación del IJCF, por el cual informó que el peritaje solicitado se turnó a los médicos Carlos Córdova Mendoza y Miguel Saldaña Torres.
15. Oficio 53/00/IV, de la misma fecha que el anterior, dirigido a Alfonso Petersen Farah, director general de Regiones Sanitarias y Hospitales de la SSJ, para solicitarle copia certificada del dictamen elaborado en relación con el caso.
16. Escrito del 22 de mayo de ese año, mediante el cual el doctor Petersen Farah contestó que no se había elaborado ningún dictamen.
17. Oficio DGCR/240/1116/00, del 31 de mayo de 2000, suscrito por Alfonso Cabrera Mir, director general de la Coordinación Regional de la Conamed.
18. Oficio 17404/00/560/650, del 15 de junio de 2000, mediante el cual los médicos forenses oficiales Miguel Saldaña Torres y Carlos C. Córdova Mendoza, adscritos a la Dirección de Dictaminación Pericial del Departamento de Medicina Forense del IJCF, emitieron su dictamen en 30 cuartillas.
19. Escrito dirigido por personal de la Comisión, el 5 de julio de 2000, a Juan Ramón Fuentes Velasco, médico especialista en angiología con residencia en la ciudad de Colima, Colima.
20. Opinión médica emitida por el doctor Juan Ramón Fuentes Velasco, el 14 de julio de 2000.
21. Informe elaborado por un médico de esta institución, el 10 de agosto de 2000, en ocasión de la visita domiciliaria que se le hizo a la agraviada.

22. Acta levantada por personal de esta Comisión, el 14 de agosto de 2000, en las instalaciones del Antiguo Hospital Civil, en virtud de la entrevista con el médico Gabino de Jesús Vaca Carvajal, subdirector del nosocomio.
23. Oficio SDM/2830/00, del 15 de agosto de 2000, suscrito por el subdirector médico del Antiguo Hospital civil, Gabino de Jesús Vaca Carvajal, por el cual exhibe copias de los oficios de asignación de los médicos involucrados.
24. Copia simple del oficio 345/00, suscrito el 15 de agosto de 2000 por el doctor Antonio Luévanos Velázquez, dirigido al titular del Antiguo Hospital Civil, Óscar Aguirre Jáuregui, por el cual afirmó que los médicos señalados como presuntos responsables tenían carácter de residentes becarios de esa institución.
25. Copias simples de cuatro oficios de asignación de los médicos involucrados, de fechas 22 de febrero de 1993 y 27 de febrero de 1996.
26. Petición hecha, el 15 de agosto de 2000, al doctor Gabino de Jesús Vaca Carvajal, para que allegara copia certificada de los documentos solicitados.
27. Acta levantada el 16 de agosto de 2000 que hace constar que se requirió al doctor Gabino de Jesús Vaca Carvajal para que proporcionara el nombre del responsable de los cuatro médicos residentes en la época que se atendió a la señora Olegaria Ponce Lujano.
28. Oficios 2248/00/IV y 2253/00/IV, del 17 de agosto de 2000, por los cuales se requirió su informe al doctor Miguel Castellanos Puga, jefe del área de Tórax y Cardiovascular del Antiguo Hospital Civil.
29. Opinión médica formulada el 10 de noviembre de 2000 por el doctor Hilario Gómez Valdés, presidente del Consejo Mexicano de Angiología y Cirugía Cardiovascular, AC.
30. Escrito del 24 de agosto de 2000 suscrito por el doctor Leobardo Alcalá Padilla, director general del OPDHCG, mediante el cual informó a esta Comisión que el servicio de Tórax y Cardiovascular funciona de manera colegiada.
31. Actas de investigación levantadas por personal de la Comisión el 24 de agosto de 2000 para conocer si existía inscrita en el servicio del Antiguo Hospital Civil la médica Graciela Vázquez o Velázquez.
32. Oficio SDM/2885/00, del 24 de agosto de 2000, suscrito por el doctor Gabino de Jesús Vaca Carvajal, mediante el cual informó a esta Comisión que no existía ningún registro oficial con el nombre de Graciela Vázquez o Velázquez.
33. Oficio CEDHJ/97/99/IV, del 6 de septiembre de 2000, por el cual se solicitó al actual director general del OPDHCG, Leobardo Alcalá Padilla, que por su conducto se requiriera a los cuatro médicos y al jefe del servicio de Tórax y Cardiovascular su informe.
34. Informe suscrito el 19 de septiembre de 2000 por el doctor Miguel Castellanos Puga.
35. Informes de los médicos Juan Carlos Flores Vázquez, José Martín Gómez Lara, Raúl González Luna y José Trinidad Pulido Abreu, recibidos el 29 de septiembre de 2000.

36. Oficio CEDHJ/3300/00, enviado por esta Comisión, el 9 de octubre de 2000, al doctor Leobardo Alcalá Padilla, director general del OPDHCG, para solicitarle el nombre del titular o jefe del servicio del cual dependían los médicos involucrados.

37. Escrito del doctor Gabino de Jesús Vaca Carvajal, del 17 de octubre de 2000, mediante el cual informa que el médico responsable del área donde se atendió a la paciente era el jefe del servicio de Tórax y Cardiovascular doctor Miguel Castellanos Puga.

38. Oficio 69/2000, del 19 de octubre de 2000, suscrito por el jefe del servicio de Tórax y Cardiovascular, el doctor Miguel Castellanos Puga.

39. Dictámenes de los especialistas angiólogos Raúl Lepe Aguilar y Alfonso Ruiz Velasco Rosas, ofrecidos por el médico José Trinidad Rafael Pulido Abreu los días 9 de octubre y 8 de diciembre de 2000.

40. Escritos enviados a esta Comisión el 8 de diciembre de 2000 por los médicos Raúl González Luna, Juan Carlos Flores Vázquez, José Martín Gómez Lara y José Trinidad Rafael Pulido Abreu.

41. Constancias de las investigaciones realizadas por visitadores de la Comisión en el mes de enero de 2001 para verificar si los médicos Alfonso Ruiz Velasco Rosas y Raúl Lepe Aguilar prestaron sus servicios en el OPDHC.

40. Oficio CEDHJ/020/00/IV del 29 de enero de 2001 dirigido al director del OPDHC Leobardo Alcalá Padilla, para solicitarle la información de manera formal acerca del punto anterior.

II . CONSIDERANDO

La señora Olegaria Ponce Lujano acudió a los servicios públicos de salud para atenderse de un mal que al inicio no aparece diagnosticado de manera específica en ninguna de las notas médicas del expediente clínico del Nuevo Hospital Civil. Ella se presentó en urgencias del citado nosocomio con un dolor abdominal bajo vientre y fue ingresada para observación en dicho servicio. Después, los médicos, al percibir que el origen de la dolencia era cardiovascular, la remitieron al Antiguo Hospital Civil, en donde refiere la quejosa que no fue debidamente atendida y por esa falta de atención su esposo se vio en la necesidad de trasladarla al hospital particular Santa Margarita; ahí le amputaron ambas piernas “para salvarle la vida”, por manifestar que se presentaba gangrena (evidencia 4), que es una infección originada por falta de circulación sanguínea y que envenena la sangre. La inconforme se quejó por la deficiente asistencia médica recibida en el Antiguo Hospital Civil.

Por esta razón y una vez que se determinó la procedencia de la queja se requirieron los informes a los médicos involucrados.

El doctor Raúl Vargas López, entonces director del OPDHCG, informó que la señora Olegaria Ponce Lujano fue recibida en el Antiguo Hospital Civil el 15 de abril de 1998, con dolor abdominal, antecedentes de insuficiencia arterial en ambas piernas de varias horas de evolución y problemas en la visión. Dijo que el dolor abdominal podría ser reacción a medicamentos.

Según afirmó, por creer que eran transitorios sus síntomas, fue ingresada al servicio de Cirugía de Tórax y Cardiovascular, para manejo con anticoagulación y observación; sostuvo el director que la coloración de las piernas tenía características normales. Dijo que aunque la paciente se mantenía estable, se decidió realizar un estudio artereográfico, es decir, cirugía en las piernas para abrir las arterias y observar su estado real, lo que reveló que estaban ocluidas, es decir, obstruidas las arterias conocidas como popliteas.

Por ello se ordenó una cirugía llamada embolectomía femoral bilateral, lo que permitió, según el entonces director del nosocomio, observar arterias femorales no endurecidas ni con problemas de placas ateromatosas; dijo que se obtuvieron coágulos viejos, lo que indica que presentaba obstrucción parcial por coágulos que ya tenían tiempo de haberse formado y que no permitían el libre paso de las células transportadoras de oxígeno para alimentación de los músculos de las piernas.

Afirmó que, por la noche, la paciente presentó de nuevo oclusión arterial aguda (cuando no lo había especificado como aguda, sino como un episodio transitorio); tampoco, hasta ese momento, mencionó cuántos días llevó el tratamiento o habían transcurrido desde el ingreso de la paciente y las posteriores cirugías que se le practicaron; señaló que se obtuvieron coágulos nuevos, es decir, amontonamiento de células de reciente formación caracterizadas por coloración rojo vino y poca fibrina (elemento de coagulación).

Mencionó que las piernas estaban en buenas condiciones, con excepción de la parte del tobillo hacia abajo (sin definir cuál), donde persistía disminución de la temperatura (hipotermia).

Afirmó que la paciente estuvo monitorizada, que se le hicieron exámenes de laboratorio, medición de flujo vascular, y curaciones dos veces al día, para descartar otras causas de los síntomas. Medicina Interna había solicitado exámenes pertinentes, sin definir tampoco a qué se refería, pero que no fue posible por el alta voluntaria de la paciente el 26 de abril de ese año. Es decir, después de doce días aún no se sabía exactamente cuál era la causa del padecimiento de la señora Ponce Lujano, aunque el entonces director del OPDHCG dijo que el equipo médico que la atendió procuró de manera constante controlar los problemas que presentó “a través de todos los procedimientos de estudio clínico y paraclínico indicados, que fueron realizados en el momento necesario” (evidencia 8).

Posteriormente, se requirió a cada uno de los médicos involucrados su informe. Miguel Castellanos Puga, jefe del servicio de Tórax y Cardiovascular, y los residentes José Trinidad Pulido Abreu, Juan Carlos Flores Vázquez, Martín Gómez Lara y Raúl González Luna dieron detalles técnicos de la atención que brindaron a la quejosa. Según la información unánime de sus compañeros, Juan Carlos Flores Vázquez no tuvo contacto con la inconforme. Negaron que hubieran incurrido en negligencia médica.

Los informes remitidos y la actuación de los citados médicos requerían una valoración imparcial, por lo que esta Comisión solicitó su intervención al IJCF, para que emitiera un dictamen al respecto.

El primero de los peritajes obtenidos por este organismo, elaborado por los médicos del IJCF Carlos Córdova Mendoza y Miguel Saldaña Torres (evidencia 18), concluyó que no se realizaron los procedimientos terapéuticos en forma oportuna, ya que hubo una dilación de siete días para la realización de una embolectomía, no obstante el diagnóstico de oclusión arterial aguda inicial y de crónica agudizada.

Éstos hacen una relación de las notas encontradas en el expediente clínico del Hospital Civil y refieren que la hoja de registro de ingreso-egreso es del 15 de abril del año mencionado a las 02:12 horas al servicio de Tórax y Cardiovascular; firma de recibido el doctor Raúl González Luna, con diagnóstico de ingreso de insuficiencia arterial, pero sin ningún dictamen de egreso al firmar el alta voluntaria el esposo de la paciente.

Según la historia clínica fechada el mismo día, se le administró Dolac y Butlhiosina para el dolor abdominal y aparece cianosis, término utilizado para indicar la insuficiencia de oxígeno en los tejidos, que se manifiesta por coloración violácea azulosa de labios bucales y uñas, así como

disminución de coloración de la piel; síntomas que fueron evidentes en los pies y tobillos de la quejosa.

También se asentó que a la exploración física, la señora presentó presión arterial de 200/100 (lo que confirma la versión del esposo).

En la nota de ingreso a Tórax y Cardiovascular del mismo día se refiere que la paciente presentaba dolor, palidez, entumecimiento y ardor de extremidad inferior izquierda; consideraron que el dolor iniciaba en la fosa ilíaca izquierda.

Le aplicaron la medicina citada y suero; sin embargo, de manera súbita aparece entumecimiento de forma ascendente de los dedos a la ingle en el lado izquierdo, dolor punzante y palidez a nivel del pie, así como cianosis (color morado) en extremidad inferior derecha; se anota como antecedente importante que la paciente llevaba ocho días de evolución del problema de sus extremidades inferiores. En el peritaje de los médicos del IJCF, éstos afirman que el día 15 de abril había ausencia de pulsos en dichas zonas de ambas extremidades, lo que contradice lo afirmado por el entonces director del nosocomio y evidencia un problema más severo que el episodio transitorio mencionado por éste en su informe (evidencia 8).

Según los médicos del IJCF, a la exploración física en extremidad inferior derecha había disminución de temperatura a partir de la pierna y pie con palidez marcada, y se establece el diagnóstico de oclusión arterial aguda.

Es importante hacer notar que los peritos encontraron órdenes de indicaciones médicas de los días en que estuvo hospitalizada (evidencia 18), en las que se prescriben soluciones y medicamentos, así como maniobras clínicas, pero no advierten ninguna petición de exámenes paraclínicos o de gabinete, contrario a lo que afirmó el doctor Vargas López en su informe (evidencia 8).

Dichos médicos también observaron errores e irregularidades en la elaboración del expediente clínico del Hospital Civil, en la nota de ingreso al servicio de Tórax y Cardiovascular: se anotó de manera incorrecta que la exploración se hizo en una sola pierna, la derecha; no clarifican el diagnóstico; no hay notas médicas de evolución de los días 15 al 17, cuando se efectúa el estudio denominado arteriografía femoral derecha, no obstante que la sintomatología se presentaba en ambas piernas –miembros pélvicos–. En las notas médicas de los días 18 al 22 se sigue atendiendo específicamente una sola extremidad, ya que se argumenta que la otra está compensada, es decir, estable. Se afirmó que del resultado de la artereografía se manifestaba un probable manejo quirúrgico y, sin embargo, continuaron otorgándole un tratamiento conservador, mediante anticoagulantes. Sostienen los peritos que de acuerdo con los síntomas que refería la paciente, y como de las notas se advierte, estaba constituyendo un cuadro de oclusión arterial agudo que ameritaba un tratamiento quirúrgico inmediato antes de las seis horas; según literatura médica, entre más tiempo transcurra, aumenta la posibilidad de un daño celular irreversible.

Otra observación de estos peritos (evidencia 18) es que en el expediente del Antiguo Hospital Civil no hay ningún reporte de laboratorio en cuanto a determinación de enzimas, indispensable después de doce horas de realizada la embolectomía para evitar la deshidratación de los tejidos.

Infieren en su dictamen que la paciente se encontraba deshidratada por la tórpida evolución intrahospitalaria dentro del Antiguo Hospital Civil.

Los peritos concluyeron que tanto los médicos del Antiguo Hospital Civil como los del nosocomio privado, donde le amputaron las piernas a la paciente, incurrieron en errores que trajeron como consecuencia una actuación negligente e imprudente que encuadra en una mala práctica médica.

Esta Comisión consideró que el caso de la señora Ponce Lujano era complejo y requería análisis de médicos especialistas en el tema, que abundaran, reafirmaran o descartaran la opinión de los peritos del IJCF; por ello se pidió la opinión de dos angiólogos con residencia fuera del estado para asegurar la imparcialidad sobre el caso; el primero de ellos, el doctor Juan Ramón Fuentes Velasco, quien en su dictamen coincide con el del IJCF, afirmó que no existían notas médicas que evidenciaran que los facultativos que atendieron a la paciente estuvieron al pendiente de su evolución y de la respuesta al tratamiento los días 16 y 17 de abril de 1998; y una deficiente valoración en especial los días 18 al 22 de ese mes y año. Afirmó que no hubo el establecimiento de un manejo definitivo, sino paliativo.

También coincide en que las notas médicas no especifican cuál extremidad pélvica es la que se encontraba estable ni cuál se sometió a exploración vascular, sin precisar qué tipo de manejo quirúrgico. No hay notas evolutivas ni preoperatorias de la intervención del 23 de abril de 1998. El 25 de abril se asentó de manera sumamente escueta que la paciente estaba en malas condiciones.

También afirmó que cuando ingresó la paciente al servicio de Tórax y Cardiovascular no se le interrogó ni exploró para consolidar un dictamen clínico de sospecha o de certeza. Coincide con el peritaje del IJCF en que no hubo congruencia entre el diagnóstico (insuficiencia arterial aguda) y la atención brindada, ya que debió ordenarse un estudio integral inmediato y un manejo médico conservador más agresivo.

Concluyó que estas deficiencias en la valoración y manejo de la paciente pudieron originar una pésima evolución que pudo hacer indispensable la cirugía mutilatoria de ambas extremidades pélvicas, como ocurrió.

Asimismo, se consultó al especialista Hilario Gómez Valdés, presidente del Consejo Mexicano de Angiología y Cirugía Cardiovascular, AC, quien hizo hincapié en la deficiente integración del expediente clínico de la paciente Olegaria Ponce Lujano; aseguró que en éste no se llega a conclusiones diagnósticas justificadas, entre otras irregularidades. Coincide en que las descripciones del personal médico y enfermería confirmaban la existencia de un padecimiento agudo que ameritaba manejo intensivo e inmediato.

El mismo facultativo opinó que no se dio constancia de la evolución de la paciente los días 16 y 17 de abril de 1998 y que, al egresar voluntariamente, los médicos del Antiguo Hospital Civil no elaboraron una nota que describiera sus condiciones clínicas. Esto contradice las afirmaciones del doctor Miguel Castellanos Puga (evidencia 34), de que el esposo de la paciente “había sido advertido de los riesgos que implicaba para la enferma dejar el hospital en esas condiciones”. Castellanos Puga también afirmó que la paciente fue dada de alta en contra de los consejos de los médicos tratantes, y que no había ninguna indicación para llevar a cabo la amputación, de acuerdo con la ética de los profesionales de medicina. En síntesis, lo que el doctor Castellanos Puga llama “advertencia de los riesgos” que corría la paciente, debió estar sustentada por las notas médicas correspondientes, máxime por la seriedad del caso, como él mismo lo asienta en su informe.

Refuerza lo anterior el hecho de que al preguntarle al doctor Castellanos Puga si antes de egresar la paciente se le efectuó una revisión, estudio o valorización para dejar constancia del estado de salud en que salía del Antiguo Hospital Civil, no dio una respuesta directa; sólo señaló que los residentes habían revisado constantemente a la paciente, que se advirtió al esposo de los riesgos que esto implicaba y que éste se había hecho responsable. Esta versión no está respaldada con notas médicas en el expediente clínico, de lo que se percataron los cuatro médicos peritos que la CEDHJ consultó sobre el caso.

Este mismo especialista, doctor Hilario Gómez, además dijo que al subestimar la gravedad del padecimiento, se retardó el tratamiento quirúrgico (otra coincidencia con las observaciones del IJCF), lo que hizo que los resultados de la cirugía fuesen desfavorables. Concluyó que hubo falta

de conocimiento de los médicos que la atendieron y que había relación directa de los resultados fallidos con el tiempo de resolución quirúrgico del proceso.

Las irregularidades que describieron especialistas cuyas opiniones recabó esta Comisión, y que coincidieron con las de los peritos oficiales del IJCF, evidencian impericia y retraso en la atención de Olegaria Ponce Lujano en el AHC, por lo que se trata de una violación del derecho a la protección de la salud. Las instituciones públicas que proporcionan servicios de salud están obligadas por la ley a dar un servicio de calidad, oportunidad y calidez; de este modo se respeta y cumple el derecho a la protección a la salud del ciudadano. Los hospitales civiles otorgan un servicio de alta exigencia no sólo a habitantes de Jalisco, sino de otros estados; ciertamente, han evolucionado hacia mejores estándares y parámetros de certificación, pero todavía falta camino por recorrer. Para lograr la calidad total en el servicio deben unirse esfuerzos entre ellos, la suma del trabajo cotidiano del personal médico, en el que la huella del cansancio, rutina o saturación no debe afectar la asistencia que brinden a los ciudadanos, cuya aportación al erario hace posible el funcionamiento de estas instituciones.

Después de analizar los expedientes clínicos de los hospitales público y privado, los cuatro médicos, cuyas opiniones pidió esta Comisión, advirtieron un deficiente seguimiento en la evolución diagnóstica de la paciente, sin pretender establecer la relación causa-efecto de la tórpida atención que recibió la señora en el OPDHCG, con el resultado de la amputación de sus extremidades en el nosocomio particular Santa Margarita. Dicha relación le corresponde determinarla a una sede jurisdiccional, al implicar la posible comisión del delito de negligencia médica o responsabilidad profesional que el Código Penal de Jalisco tipifica, tanto al personal médico del Antiguo Hospital Civil como al de Santa Margarita; estos últimos, sin bases diagnósticas adecuadas (exámenes de laboratorio de algún otro tipo), amputaron las piernas de la quejosa.

Tampoco se trata de señalar qué médico tiene la verdad absoluta sobre el correcto tratamiento clínico-médico-quirúrgico que debió habersele dado a la paciente; puede suceder que los profesionales en medicina no se pongan de acuerdo en cuál es el camino clínico-médico a seguir. Las conclusiones del caso de la señora Olegaria Ponce Lujano fueron en el sentido de que hubo responsabilidad de los médicos del OPDHCG por deficiente integración del expediente, irregularidades en cuanto a diagnóstico y oportunidad del tratamiento clínico y medicamentoso, una ausencia de comunicación con la paciente o sus familiares, que viola el derecho a la información que les asiste, certeza basada en la concordancia de datos y argumentos imparciales y en las opiniones de los peritos del IJCF con los dos especialistas Juan Ramón de la Fuente Velasco e Hilario Gómez Valdés, quienes no tienen nexos con las instituciones y los médicos locales involucrados.

Cabe hacer mención que sólo uno de los residentes involucrados en los hechos, José Trinidad Rafael Pulido Abreu, ofreció como pruebas documentales dos opiniones u dictámenes médicos, las cuales había presentado en la averiguación previa 15635/99 (que investiga el mismo caso por negligencia médica). Los médicos que suscriben esos documentos son especialistas en la materia y residentes en esta entidad; sin embargo coincidieron en no hacer un análisis por día del evento y tampoco comparar la evolución de la paciente y el tratamiento que se le dio con las notas que aparecían en el expediente clínico; señalaron que la mejor forma era explicar únicamente si hubo o no un buen manejo de la paciente. Estos dos dictámenes fueron analizados; sin embargo, realizadas las investigaciones por personal de la Comisión (evidencias 40 y 41), no se les dio valor de prueba plena porque se acreditó que uno de ellos trabaja en la actualidad en el Antiguo Hospital Civil, y el otro especialista lo hizo hasta 1990, lo que hace presumible su parcialidad al tener un nexo con la institución a la cual pertenecen los médicos involucrados en el caso; por tanto, carecen del principal requisito que debe cubrir un peritaje: la imparcialidad.

Ambos angiólogos, Raúl Lepe Aguilar y Alfonso Ruiz Velasco Rosas, se limitaron a desvirtuar la atención dada a la señora Olegaria Ponce Lujano en el hospital Santa Margarita; sostuvieron que la medida radical adoptada por ese nosocomio privado no era la indicada y que la actuación de los

médicos del Antiguo Hospital Civil en el servicio de Tórax y Cardiovascular fue la adecuada. Ambos peritajes se centran en poner en tela de juicio la actuación del personal del nosocomio privado, pero no fortalecen de manera razonada y fundada la actuación de los médicos del Antiguo Hospital Civil; también hay que mencionar que estos dos peritajes se centraron en definir la responsabilidad del hospital privado, lo que no es competencia de esta CEDHJ.

Durante los doce días que permaneció ahí la señora Ponce Lujano internada, no hubo comunicación de los médicos con su esposo o con la misma paciente para enterarlos de cuál era su padecimiento y su pronóstico; confirman la versión de la quejosa y esposo los informes de todos los médicos tratantes, ya que ninguno la desmintió; en ese lapso no se logró determinar con certeza ni el padecimiento ni el tratamiento a seguir, hay tal desinformación acerca del estado de salud y evolución de la paciente, que no se logró establecer las condiciones en que egresó del Antiguo Hospital Civil, porque no se asentó que el mismo día fue programada en otro hospital para aplicarle una resolución radical: la amputación de sus dos piernas. Ello, aunado a la responsabilidad de los médicos del hospital privado, ya que tampoco se encontraron los estudios indispensables anteriores a la ejecución de esta medida drástica; es lógico pensar que las afecciones en la integridad corporal de la paciente eran serias después de doce días, al menos los que pasó dentro del Antiguo Hospital Civil, sin circulación sanguínea en sus extremidades.

Como ya se dijo, en su informe el doctor Miguel Castellanos Puga se manifiesta en contra de los argumentos del angiólogo De la Fuente; incurre en imprecisiones y especulaciones; habla de que el señor Roberto Medina pidió el alta voluntaria de su paciente contra consejos de los médicos, los cuales no constan de ninguna forma; no hace referencia a la falta de notas médicas en el expediente que integró el servicio a su cargo y que denota deficiencias, mala vigilancia médico-paciente.

En una institución pública que presta servicios de protección y atención a la salud es muy grave lo que sucedió; si un hospital no está capacitado humana y técnicamente para realizar estudios especializados que ayuden a establecer diagnósticos oportunos de sus pacientes, sobre todo los afectados con padecimientos agudos que requieren acción inmediata, como fue el caso, y para conseguir los instrumentos y aparatos necesarios para los estudios y cirugías, como el Bypass o las embolectomías, debería entonces derivarlos a donde sí exista personal y equipo médico capacitado.

La violación del derecho a la protección de la salud ocurre cuando se verifica una acción, u omisión, de los servidores públicos profesionales en medicina que constituye deficiencia, retraso o inadecuada prestación.

La importancia de la atención a la salud como ingrediente esencial de una vida digna, queda recogida en el orden jurídico mexicano, en especial el artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que dispone que toda persona tiene derecho a la protección de la salud.

Este ordenamiento tiene sustento en lo que dispone la Declaración Universal de Derechos Humanos[2] al respecto:

Artículo 25.I. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

En la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, cuyo Protocolo Adicional establece que toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social,[3] se reconoce:

Artículo XI. Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad.

En el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales:[4]

Artículo 12.I Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona a disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

Los instrumentos internacionales de derechos humanos invocados en esta resolución contienen criterios éticos de la función pública universalmente aceptados; además, en el caso de los suscritos, aprobados, ratificados y publicados en el Diario Oficial de la Federación así citados, tienen plena vigencia en México en función del artículo 133 constitucional, con jerarquía superior respecto de las leyes federales y locales, según lo dispone el criterio jurisprudencial siguiente:

Novena Época Instancia: Pleno Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta Tomo: X, Noviembre de 1999, Tesis: P.LXXVII/99, página: 46, Materia: Constitucional;

TRATADOS INTERNACIONALES. SE UBICAN JERÁRQUICAMENTE POR ENCIMA DE LAS LEYES FEDERALES Y EN UN SEGUNDO PLANO RESPECTO DE LA CONSTITUCIÓN FEDERAL.

Persistentemente en la doctrina se ha formulado la interrogante respecto a la jerarquía de normas en nuestro derecho. Existe unanimidad respecto de que la Constitución Federal es la norma fundamental y que aunque en principio la expresión "... serán la Ley Suprema de toda la Unión..." parece indicar que no sólo la Carta Magna es la suprema, la objeción es superada por el hecho de que las leyes deben emanar de la Constitución y ser aprobadas por un órgano constituido, como lo es el Congreso de la Unión y de que los tratados deben estar de acuerdo con la Ley Fundamental, lo que claramente indica que sólo la Constitución es la Ley Suprema. El problema respecto a la jerarquía de las normas del sistema, ha encontrado en la jurisprudencia y en la doctrina distintas soluciones, entre las que destacan: supremacía del derecho federal frente al local y misma jerarquía de los dos, en sus variantes lisa y llana, y con la existencia de "leyes constitucionales", y la de que será ley suprema la que sea calificada de constitucional. No obstante, esta Suprema Corte de Justicia considera que los tratados internacionales se encuentran en un segundo plano inmediatamente debajo de la Ley Fundamental y por encima del derecho federal y el local. Esta interpretación del artículo 133 constitucional, deriva de que estos compromisos internacionales son asumidos por el Estado en su conjunto y comprometen a todas sus autoridades frente a la comunidad internacional; por ello se explica que el Constituyente haya facultado al presidente de la República a suscribir los tratados internacionales en su calidad de jefe de Estado y, de la misma manera, el Senado interviene como representante de la voluntad de las entidades federativas y, por medio de su ratificación, obliga a sus autoridades. Otro aspecto importante para considerar esta jerarquía de los tratados, es relativa a que en esta materia no existe limitación competencial entre la Federación y las entidades federativas, esto es, no se toma en cuenta la competencia federal o local del contenido del tratado, sino que por mandato expreso del propio artículo 133 el presidente de la República y el Senado pueden obligar al Estado mexicano en cualquier materia, independientemente de que para otros efectos ésta sea competencia de las entidades federativas. Como consecuencia de lo anterior, la interpretación del artículo 133 lleva a considerar en un tercer lugar al derecho federal y al local en una misma jerarquía en virtud de lo dispuesto en el artículo 124 de la Ley Fundamental, el cual ordena que: "Las facultades que no están expresamente concedidas por esta Constitución a los funcionarios federales, se entienden reservadas a los Estados". No se pierde de vista que en su anterior confortación, este Máximo Tribunal había

adoptado una posición diversa en la tesis P.C/92, publicada en la Gaceta del semanario Judicial de la Federación, número 60, correspondiente a diciembre de 1992, página 27, de rubro: "LEYES FEDERALES Y TRATADOS INTERNACIONALES. TIENEN LA MISMA JERARQUÍA NORMATIVA"; sin embargo, este Tribunal Pleno considera oportuno abandonar tal criterio y asumir el que considera la jerarquía superior de los tratados incluso frente al derecho federal.

Precedentes

Amparo en revisión 1475/98. Sindicato Nacional de Controladores de Tránsito Aéreo, 11 de mayo de 1999. Unanimidad de diez votos. Ausente: José Vicente Aguinaco Alemán. Ponente: Humberto Román Palacios. Secretario: Antonio Espinoza Rangel. El Tribunal Pleno.

El cumplimiento de derechos humanos en el campo de la medicina se refiere a un deber del Estado: en sentido estricto, la atención a la salud que se brinda en las instituciones públicas creadas con ese propósito y por parte de personal médico en su condición de servidores públicos o autoridades; y en el amplio, abarca también el deber de supervisión que las autoridades sanitarias ejercen en el ámbito privado. En el asunto que nos ocupa, un deber público no se ejerció de manera correcta por omisiones o por descuido; por lo tanto, vulneró los derechos humanos de Olegaria Ponce Lujano.

En el ámbito nacional, la Ley General de Salud dispone claramente las finalidades del cumplimiento del derecho a la protección de la salud:

Artículo 2°.

I. El bienestar físico y mental del hombre, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades;

II. La prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana;

[...]

V. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población.

En los hechos narrados se observó desatención e indiferencia ante la afección de la paciente, falta de humanismo y respeto a su dignidad humana. Quien trabaja en instituciones públicas dedicadas a la protección de la salud no puede actuar sino con la debida diligencia a la que están obligados, por el juramento hipocrático y por la clase de institución en la que se desempeña. El Reglamento General del Complejo Médico Hospital Civil de Guadalajara, vigente desde el 24 de mayo de 1987, en su artículo 3° señala:

El Complejo Médico, con estricto apego al artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos cuyo texto garantiza el derecho a la protección de la salud; a la particular del Estado de Jalisco; a las leyes General y Estatal de Jalisco; [...] deberá:

I. Procurar la más alta calidad humanística y científica en el otorgamiento de los servicios médico-asistenciales y de rehabilitación, debiendo éstos ser integrados y con énfasis en la prevención.

[...]

III. Vincular la asistencia, docencia e investigación en forma integral.

IV. Promover y desarrollar investigación de calidad, adecuada a las necesidades de salud de la población y con estricto apego a las normas éticas y científicas vigentes.

Artículo 7:

En el caso de las medidas diagnósticas, terapéuticas o de investigación que se realicen en todo paciente, deberá estarse a lo que sobre el particular disponen las leyes Generales y Estatal de Salud.

Para la legislación sanitaria son servicios públicos de atención médica los que se presten en establecimientos públicos de salud a los habitantes del país que así lo requieran, regidos por criterios de universalidad y gratuidad. El Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, en su artículo 7°, fracción primera, define como atención médica: "El conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger y promover y restaurar su salud".

El artículo 51 de la Ley General de Salud define el derecho de los usuarios de servicios de salud, sobre todo los impartidos por el Estado:

Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable ...

Los médicos especialistas consultados por la CEDHJ opinaron que en la integración del expediente no aparecían notas médicas que justificaran los procedimientos que se establecieron y, aún más, no existe autorización firmada por la paciente o su esposo para proceder a las cirugías que se le practicaron. Esto vulneró el derecho a la información y autonomía del paciente que establece de manera general la Asociación Médica Mundial[5] en la Declaración de Lisboa sobre los Derechos del Paciente.[6]

Si bien es cierto que cuando sucedieron los hechos la NOM-168-SSAI-1998 relativa al expediente clínico aún no estaba vigente, sí funcionaba el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, cuyo artículo 79 dispone que en caso de egreso voluntario:

... el usuario, en su caso, un familiar, el tutor o su representante legal, deberán firmar un documento en que se expresen claramente las razones que motivan el egreso, mismo que deberá ser suscrito por lo menos por dos testigos idóneos ...

Además, en sus artículos 80 y 82 define los requisitos de información y autorización que el ingreso y tratamiento de un paciente debe reunir en las notas médicas y que en el caso que nos ocupa no se encontraron, lo que implica irregularidades de control que en la práctica médica pueden evidenciar la inadecuada prestación del servicio.

Pero aun cuando no estuviera en vigor la señalada norma oficial, era responsabilidad de los médicos tratantes advertir a la paciente y a sus familiares los peligros o riesgos que implica todo acto quirúrgico y su tratamiento postoperatorio; debieron explicarle a la señora Ponce Lujano y a sus parientes cuál era su situación y las posibles consecuencias; es decir, tener comunicación directa con la paciente; el responsable del servicio de Tórax y Cardiovascular aseguró que así lo hicieron, pero no lo comprobaron.

En el curso de la investigación se advierte que varias veces la Comisión (evidencias 27 y 36) solicitó al subdirector médico del OPDHCG, Gabino de Jesús Vaca Carvajal, el nombre de médicos de base y titulares responsables de la atención a la señora Ponce Lujano, pero fue reticente para dar información, con lo que no acató lo dispuesto en los artículos del 85 al 88 de la Ley de la

Comisión Estatal de Derechos Humanos; finalmente, después de darle un plazo al director general del OPDHCG para que interviniera, el subdirector médico informó que el doctor Miguel Castellanos Puga era el responsable de la atención del motivo de la queja (evidencia 37), en su calidad de jefe del servicio de Tórax y Cardiovascular.

Esta Comisión considera que es posible que el servicio de Tórax y Cardiovascular, así como algunos otros de los hospitales civiles, soporte una excesiva carga de trabajo, que es del conocimiento público, aunada a la constante insuficiencia de recursos de que adolece el organismo descentralizado, dada la cantidad de población del occidente del país a la que atiende. Esta situación no permite la debida, adecuada y oportuna prestación de los servicios a los pacientes, como se comprueba con este caso que revela las condiciones de deficiencia estructural en que trabajan los médicos y son atendidos los pacientes.

La agraviada y su esposo se duelen de la falta de material de curación que, aunque no se pudo probar, se ubica dentro de lo descrito por el doctor Miguel Castellanos Puga (evidencia 34). Este facultativo expuso que en el servicio a su cargo laboran sólo seis médicos especialistas de base, y se reciben aproximadamente cuatrocientos pacientes cada mes, de los cuales unos veinte son hospitalizados a diario; alrededor de seiscientas operaciones de la especialidad se realizan por año. Estos datos son más que elocuentes en términos de saturación de enfermos y escasez de personal. Sin embargo, no justifican que los médicos, residentes o no, deben de dar un trato calificado a los pacientes, no integren como se debe las historias clínicas, fundamento de una atención de calidad, y que haya insuficiencia en el abasto de medicinas y materiales que el Estado está obligado a proporcionar a los hospitales y centros de salud pública, los cuales deben administrar en términos de eficiencia, racionalidad y transparencia.

La omisión de las obligaciones de vigilancia del médico que fue señalado por las autoridades del OPDHCG como jefe responsable de los médicos residentes involucrados y de su desenvolvimiento profesional en el Antiguo Hospital Civil, pudo ser la diferencia entre un buen diagnóstico, seguimiento y tratamiento aplicado a la paciente, que hubiera evitado el destino que finalmente tuvo la señora Ponce: la amputación de sus dos extremidades y el efecto radical de su estilo y proyecto de vida. Era obligación del médico responsable del área estar al tanto de lo que pasaba; ninguno de los médicos residentes refirieron en sus informes que estuvieran supervisados o siguieran las indicaciones de un superior; tampoco quedó esto plasmado en los documentos del expediente clínico. Al respecto, el artículo 18 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica señala que los establecimientos en los que se presten servicios de atención médica deberán contar con un responsable, que, según el caso, haga constar los conocimientos del área de que se trate, y cuyas funciones son:

- I. Establecer y vigilar el desarrollo de procedimientos para asegurar la oportuna y eficiente prestación de los servicios.
- II. Vigilar que dentro de los mismos se apliquen las medidas de seguridad e higiene para la protección de la salud y del personal.

En el caso estudiado, aun con una estructura organizada de seis médicos especialistas de base y un número no determinado de residentes, en el servicio de Tórax y Cardiovascular del Antiguo Hospital Civil, el tratamiento de la paciente se dilató, no hubo precisiones concluyentes en el diagnóstico y tampoco una asistencia permanente que diera certidumbre a las preguntas del esposo. Muestra de ello son las omisiones informativas de las notas médicas del expediente clínico del Antiguo Hospital Civil. Tal situación no se puede comprobar por otros medios idóneos, como las testimoniales, porque de esos hechos no hubo testigos, sino que se dieron entre paciente y médicos. Aun cuando el doctor Miguel Castellanos Puga afirmó que el esposo de la paciente fue oportunamente informado de la condición de salud de ésta, no hubo otro elemento de convicción que reafirmara este argumento. El mismo doctor asentó en su informe que la paciente sí fue adecuadamente evaluada, “aunque no se consignen en la historia clínica los datos negativos de la

exploración y la sospecha..”; esta es una de las observaciones que de manera unánime expresaron los cuatro médicos peritos que analizaron el caso y sus expedientes, lo que refleja que se vulneró el derecho a la información que obliga a un médico con sus pacientes acerca del diagnóstico y tratamiento. La institución hospitalaria debe garantizar la integración completa del expediente clínico, que contenga el seguimiento de la evolución del paciente, cuyos datos le pertenecen a éste y no a la institución.

Vale la pena destacar que la vulneración del derecho a la información, en materia de salud, en el caso de la señora Olegaria Ponce Lujano se comprobó con la falta de las notas médicas en el expediente clínico del Antiguo Hospital Civil y sobre todo, con la ausencia de las firmas del esposo o parientes de enterados y de consentimiento para las intervenciones o tratamiento al que se sometió a la paciente; tampoco hay notas explicativas que demuestren que, previo al egreso voluntario del hospital, la paciente o su esposo fueron debidamente informados de la condición de salud en que se encontraba la señora Lujano Ponce, como, sin comprobarlo, lo afirmaron los doctores Miguel Castellanos Puga y Raúl Vargas López (evidencias 8 y 28).

Por otra parte, los médicos que se encargaron de la atención de la señora Ponce Lujano, argumentaron su calidad de residentes para que no se les calificara como servidores públicos.

Para deslindar si los médicos involucrados Juan Carlos Flores Vázquez, José Trinidad Rafael Pulido Abreu, Raúl González Luna y José Martín Gómez Lara tienen calidad o no de servidores públicos para definir la competencia que esta Comisión podría tener sobre sus actos u omisiones en términos de la ley que la rige, tenemos que profundizar en la definición de servidor público que la norma otorga; según el artículo 108 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, capítulo de responsabilidades de los servidores públicos, en el ámbito federal, éstos son:

... los representantes de elección popular, los miembros del Poder Judicial Federal y del Poder Judicial del DF, los funcionarios y empleados, y en general, a toda persona que desempeñe un empleo, cargo o comisión de cualquier naturaleza en la administración pública federal o en el DF, quienes serán responsables por los actos u omisiones en que incurran en el desempeño de sus respectivas funciones.

En el ámbito local, la Constitución Política del Estado de Jalisco define como servidores públicos a:

Artículo 92

... los representantes de elección popular, los miembros del Poder Judicial del Estado e integrantes del Tribunal de Arbitraje y escalafón, [...], en general, a toda persona que desempeñe un cargo o comisión de cualquier naturaleza en la administración pública del estado o de los municipios, así como a quienes presten servicios en los organismos descentralizados, fideicomisos públicos o empresas de participación estatal ...

La Ley para los Servidores Públicos del Estado de Jalisco y sus Municipios establece en su artículo 2° que

Servidor público es toda persona que preste un trabajo subordinado físico o intelectual, a las Entidades Públicas a que se refiere el artículo anterior [poderes Legislativo, Ejecutivo y Judicial; sus dependencias, los ayuntamientos, los organismos descentralizados del estado y sus municipios], en virtud de nombramiento expedido que corresponda a alguna plaza legalmente autorizada en los respectivos presupuestos de egresos aplicables.

Cualquier otra prestación de servicios a las Entidades Públicas aludidas [...] no se registrará por la presente Ley, ni se le considerará como servidor público.

La actividad desempeñada por los médicos residentes, según lo dispone el artículo 353-A de la Ley Federal del Trabajo en su capítulo XVI de Trabajos de Médicos Residentes en Período de Adiestramiento en una Especialidad, es un trabajo remunerado, porque se está sujeto a un patrón y recibe un salario. Por su parte, el Reglamento Interno para Residencias Médicas del Hospital Civil, que data de 1996, en su capítulo de derechos, establece en el punto 10 el recibir una remuneración y prestaciones determinadas por la Secretaría de Salud, incluyendo aguinaldos y prima vacacional. Como obligaciones se señala, entre otras:

1. Laborar en tiempo exclusivo en el Hospital Civil de Guadalajara y no percibir salario de otra fuente;

15. y 16. ... Para el caso de residentes del primero y segundo año:

a) pasar visita diariamente a los enfermos que estén a su cargo y anotar en el expediente la nota de evolución que le corresponde;

b) verificar que el orden del expediente permanezca en forma adecuada;

c) ejecutar oportunamente los procedimientos diagnósticos y terapéuticos...;

El incumplimiento en éstas y otras obligaciones, como la violación a las normas de conducta propias de la profesión médica (negligencia), son causas especiales para rescindir el nombramiento y suspender la residencia médica.

No obstante que el salario y prerrogativas laborales que disfrutaban los residentes médicos son pagados del presupuesto que el Estado le asigna al OPDHCG, éstos no reúnen los requisitos para ser considerados servidores públicos que las definiciones legales ya citadas imponen; es decir, no desempeñan un cargo o comisión dentro de la administración pública estatal, no ocupan una plaza establecida en las estructuras de la institución de salud; si bien es una actividad remunerada, no se les da nombramiento como tal, sino que reciben una asignación con propósitos de adiestramiento en actividades de enseñanza y sujeta a condiciones en términos académicos y no derivados de la Ley Federal de Trabajo, como la obligación de presentar exámenes, trabajos de investigación en el área de la salud y otros (como requisito para su residencia); tampoco acumulan méritos escalafonarios. En consecuencia, las controversias que se pudieran suscitar con motivo del desempeño, actos u omisiones de los residentes médicos ante las autoridades médicas-universitarias del OPDHCG no se pueden dirimir en los tribunales de conciliación y arbitraje, sino en los órganos internos universitarios; en suma, el salario que recibe un residente se asemeja a una beca que le otorga el Estado a través de la universidad y el sector salud para estudiar, practicar y hacer investigaciones en su especialidad, que retribuye a la sociedad con una especie de servicio social. La relación de trabajo entre las universidades y estas personas tiene como límite el periodo de adiestramiento para obtener el certificado de especialización a que alude el artículo 353-F de la Ley Federal del Trabajo.

Con base en estas definiciones legales, los médicos residentes señalados no son servidores públicos para los efectos de obligaciones y responsabilidad que determinan la Ley para los Servidores Públicos del Estado de Jalisco y sus Municipios y la Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Jalisco ni, en consecuencia lógica, para los efectos de la competencia de la CEDHJ.

Lo anterior no significa que las faltas e irregularidades por ellos cometidas (Raúl González Luna, José Trinidad Rafael Pulido Abreu y José Martín Gómez Lara –se excluye a Juan Carlos Flores Vázquez, como ya se aclaró, porque todos los citados reconocieron en sus informes que él no participó en los hechos y no se encontraron elementos para acreditar lo contrario, evidencia 40–) no entrañen responsabilidad, administrativa o penal, por violación a las normas de conducta

propias de la profesión médica, de acuerdo con el artículo 353 G, fracción III, de la Ley Federal de Trabajo, y con el 3º, inciso d) del apartado de sanciones del Reglamento Interno de Residencias Médicas[7] vigente en el OPDHCG desde 1996.

La responsabilidad administrativa procede, ya que los hechos aquí investigados son de los considerados como graves por implicar violaciones a las conductas propias de la profesión médica exigibles a los residentes, que no sólo afectaron seriamente la salud de la paciente, sino que tuvieron consecuencias que modificaron de manera definitiva su proyecto de vida. La responsabilidad penal deberá ser determinada por el agente del Ministerio Público encargado de la averiguación que se inició por este motivo.

El cumplimiento del pago a la reparación del daño, que se habrá de exigir ante el juez de lo Criminal que conozca del caso, no será menor que lo estipulado en la Ley Federal de Trabajo y deberá considerar en este caso el daño al proyecto de vida de Olegaria Ponce Lujano que implica también el lucro cesante (productividad de la agraviada, en términos económicos, a causa de su discapacidad actual) que se le anuló a la señora Ponce Lujano. La teoría en este último rubro la podemos encontrar en jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, cuya jurisdicción contenciosa ha sido aceptada y reconocida por México desde 1999, al considerar que los efectos en la integridad física de la paciente son permanentes, esto es, que no han cesado.

En este sentido, la Corte Interamericana de Derechos Humanos ha dado un paso adelante al considerar el daño al proyecto de vida como susceptible del pago de indemnización y reparación a víctimas de violación de derechos humanos.

El artículo 63.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos antes citada refiere, en cuanto a la competencia y funciones de la Corte Interamericana de Derechos Humanos:

1. Cuando decida que hubo violación de un derecho o libertad protegidos en esta Convención, la Corte dispondrá que se garantice al lesionado en el goce de su derecho o libertad conculcados. Dispondrá asimismo, si ello fuera procedente, que se reparen las consecuencias de la medida o situación que ha configurado la vulneración de esos derechos y el pago de una justa indemnización a la parte lesionada.

La Corte es el órgano autorizado por la propia Convención para interpretar sus artículos y México ha reconocido su competencia; como consecuencia, la interpretación que la Corte hace de ellos es vinculatoria para México y, por ende, para Jalisco. Al respecto, el artículo 62.3 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos refiere: “La Corte tiene competencia para conocer de cualquier caso relativo a la interpretación y aplicación de las disposiciones de esta Convención que le sea sometida, siempre que los Estados Partes en el caso hayan reconocido o reconozcan dicha competencia...”.

La Corte definió el “proyecto de vida” en los párrafos 147 y 150 de la sentencia condenatoria que dictó en el caso de María Elena Loayza Tamayo por violaciones a sus derechos humanos cometidas por servidores públicos de Perú, pronunciada en la sede de la Corte Interamericana de Derechos Humanos en la ciudad de San José, Costa Rica, el 27 de noviembre de 1999,8 en los términos siguientes:

... se trata de una noción distinta de las nociones del “daño emergente” y “lucro cesante” [...] El denominado “proyecto de vida” atiende a la realización integral de la persona afectada, considerando su vocación, aptitudes, circunstancias, potencialidades y aspiraciones, que le permiten fijarse razonablemente determinadas expectativas y acceder a ellas [...] El “daño al proyecto de vida” [...] implica la pérdida o el grave menoscabo de oportunidades de desarrollo personal, en forma irreparable o muy difícilmente reparable.

Desde que la Corte emitió su primera sentencia el 2 de julio de 1989 sobre reparaciones⁹ (artículo 63.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos), ha reconocido, como lo han hecho otros tribunales internacionales de similar naturaleza, que las violaciones de los derechos protegidos crean para el requirente un derecho de “reparación de las consecuencias que la infracción produjo y el pago de una indemnización como compensación por los daños patrimoniales y extrapatrimoniales, incluido el ‘daño moral’...”.

No sólo la Corte, sino tribunales judiciales de diferentes latitudes, se han ocupado de la alteración de las condiciones de vida de la víctima como un tipo de daño que merece ser reparado, y las han evaluado, de alguna manera, en un sentido dinámico que involucra las perspectivas y proyectos del damnificado. En rigor, estamos en el campo de un daño inmaterial, pero distinto del perjuicio moral.

El ser humano tiene necesidades y aspiraciones que trascienden la medición o proyección puramente económica. Ya en 1948, hace medio siglo, la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre advertía en su preámbulo que “el espíritu es la finalidad suprema de la existencia humana y su máxima categoría”. [...] En el dominio del Derecho Internacional de los Derechos Humanos, la determinación de las reparaciones debe tener presente la integralidad de la personalidad de la víctima, y el impacto sobre ésta de la violación de sus derechos humanos...¹⁰

Finalmente, la Corte ha advertido en la sentencia dictada en el caso Loayza Tamayo que

... modificar el proyecto de vida atenta contra el propio desarrollo personal, por factores ajenos a la persona, y a ella “impuestos en forma injusta y arbitraria, con violación de las normas vigentes y de la confianza que pudo depositar en órganos del poder público obligados a protegerla y a brindarle seguridad para el ejercicio de sus derechos y la satisfacción de sus legítimos intereses.¹¹

En cuanto a la indemnización que merecen los hechos que afectan la esfera de los derechos humanos de la integridad personal, que en el caso estudiado han sido irreversibles, es procedente el pago de una “justa indemnización” en términos suficientemente amplios para compensar, en la medida de lo posible, la pérdida sufrida. La indemnización tiene una finalidad reparatoria y, por tanto, busca garantizar la esfera jurídica de los sujetos, con el propósito de restablecer la situación patrimonial de la víctima del daño. En consecuencia, la indemnización será proporcional al daño sufrido, y por ser reparatoria no tiene como destino, sin duda, el enriquecer a la víctima o a sus deudos.

Los profesionistas involucrados en los hechos motivo de la queja, independientemente de que sean o no servidores públicos, en especial el doctor Miguel Castellanos Puga, responsable del servicio de Tórax y Cardiovascular en el OPDHCG, donde se atendió a la señora Olegaria Ponce Lujano, funcionario que sí tiene esa calidad, violaron con su actuar las disposiciones contenidas en el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos: “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud...”.

El derecho a la protección de la salud constituye una garantía social recogida en el orden jurídico mexicano, en especial en el artículo 4º de la Constitución federal ya mencionado, y en el mismo numeral de la Constitución Política del Estado de Jalisco:

Se reconocen como derechos de los individuos que se encuentren en el territorio del estado de Jalisco, los que se enuncian en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como los contenidos en la Declaración Universal de Derechos Humanos, [...] y en los tratados, convenciones o acuerdos internacionales que el Gobierno Federal haya firmado o los que celebre o forme parte.

El marco jurídico nacional se suma la diversidad de instrumentos internacionales de derechos humanos ya señalados, con jerarquía sólo por debajo de la Constitución federal por disposición del artículo 133 de la Carta Magna, que declara ley suprema de la república esta Constitución, las leyes del Congreso que emanen de ella y todos los tratados que estén de acuerdo con la misma, celebrados y que se celebren por el presidente de la república.

En torno al derecho a la protección de la salud giran otros relacionados con la vida, la información, la verdad, la confidencialidad, la libertad, la intimidad, un trato digno, y mejor atención médica posible, etcétera. De este último, intrínseco al de protección de la salud, se habla en el artículo 51 de la Ley General de Salud, ya señalado.

En materia de responsabilidad del único médico involucrado o señalado plenamente como servidor público, esta Comisión considera, tomando en cuenta las opiniones médicas obtenidas, el propio informe del doctor Miguel Castellanos Puga, el de Raúl Vargas López, anterior director del OPDHCG y las investigaciones que constan en el capítulo de evidencias, que se violaron las disposiciones que contiene la Ley para los Servidores Públicos del Estado de Jalisco y sus Municipios:

Artículo 55. Son obligaciones de los servidores públicos:

I. Desempeñar sus labores [...], con la intensidad, cuidado y esmero apropiados ...

Igualmente, de la Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Jalisco:

Artículo 61. Todo servidor público, para salvaguardar la legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia que debe observar en el desempeño de su empleo, cargo o comisión, y sin perjuicio de sus derechos y obligaciones laborales, tendrá las siguientes obligaciones:

I. 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 o implique abuso o ejercicio indebido de su empleo, cargo o comisión.

El doctor Miguel Castellanos Puga faltó a su deber de cuidado para desempeñarse como jefe del servicio de Tórax y Cardiovascular, ya que a su cargo estaban los cuatro médicos residentes que intervinieron en el tratamiento o atención que recibió la señora Olegaria Ponce en el Antiguo Hospital Civil; de otra manera no se explica la falta de coordinación y asistencia entre los médicos residentes, la carencia de un diagnóstico oportuno y sostenible, las omisiones al derecho a la información que le debían al paciente y su familia; ello podría acarrear responsabilidad administrativa según lo dispone la Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Jalisco. Esta delimitación de responsabilidades no es limitante para que el OPDHCG, de manera solidaria (y no subsidiaria como hasta el momento lo define el Código Civil para el Estado de Jalisco) con sus empleados, considere reparar el daño ocasionado en su salud a Olegaria Ponce Lujano por un servicio médico ineficiente en el Antiguo Hospital Civil. Aunque esta Comisión no tiene como propósito determinar si esas omisiones originaron médica y científicamente que a la señora Ponce Lujano le amputaran sus piernas, ya que eso le corresponde a un juez, previo el procedimiento penal, sí está entre sus funciones dar difusión a los instrumentos internacionales de derechos humanos que establecen la obligación solidaria de los estados para reparar el daño causado por violaciones de derechos humanos.

Las disposiciones del Código Civil para el Estado de Jalisco definen:

Artículo 1390. La reparación del daño consistirá a elección del ofendido en el restablecimiento de la situación anterior cuando sea posible o en el pago de daños y perjuicios ...

Artículo 1405. El Estado y los municipios, tienen obligación de responder de los daños causados por servidor público en el ejercicio de las funciones que le estén encomendadas. Esta responsabilidad es subsidiaria y sólo podrá hacerse efectiva cuando el directamente responsable no tenga bienes suficientes para responder del daño causado o a dicho servidor público no se le pueda identificar.

Aunque esta última disposición enuncia una obligación subsidiaria para el Estado, existen mecanismos reconocidos por el derecho internacional para enfrentar la impunidad en la violación de derechos humanos que es precisamente la justa reparación. De ahí que los criterios internacionales rebasen en ocasiones las escuetas legislaciones nacionales y locales en esta materia. Es obligación de este organismo promover y evidenciar su aplicación.

El principio conocido como de “reserva de actuación”, mediante el cual el Estado debe hacer sólo lo que la ley le marque, no puede ser invocado en este caso para ceñirse estrictamente o limitarse a lo que la legislación estatal refiere en materia de reparación del daño; en este sentido, lo que se abunde a favor de las víctimas de violaciones de sus derechos humanos, en consonancia con los más altos criterios éticos y de justicia internacional, no lesiona derecho de terceros ni viola la ley; prueba de ello es la voluntad del Estado mexicano de reconocer, en los términos de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, la competencia contenciosa de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, que lo obliga a aceptar la interpretación que de los artículos de la Convención haga dicho órgano.

Por eso es que las violaciones a derechos humanos, ya sean por acción u omisión, deben ser subsanadas a la luz de los compromisos internacionales que México ha adquirido.

Con la esperanza de que la observación de los derechos humanos del paciente contribuya a su mejor atención y a una mayor satisfacción del mismo, su médico y la organización del hospital, la Asociación Americana de Hospitales ha elaborado una Declaración de Derechos del Paciente, aprobada por la Asamblea de Representantes de esta asociación el 6 de febrero de 1973, que aporta importantes principios de ética que son criterios que deberán ser respaldados por los hospitales como parte integral del proceso de recuperación de la salud.

En dicha declaración queda expresado que

1. El paciente tiene derecho a que se le atienda con consideración y respeto.
2. El paciente tiene derecho a obtener de su médico toda la información disponible relacionada con su diagnóstico, tratamiento y pronóstico, en términos razonables comprensibles para él. Cuando médicamente no sea aconsejable comunicar esos datos al paciente, habrá de suministrarse dicha información a una persona adecuada que lo represente. El paciente tiene derecho a saber el nombre completo del médico responsable de coordinar su atención.
3. El paciente tiene derecho a que su médico le comunique todo lo necesario para que pueda dar su consentimiento informado previamente a la aplicación de cualquier procedimiento o tratamiento. Excepto en las urgencias, la información que ha de darse al paciente para que pueda dar su consentimiento informado ha de incluir al menos lo relativo al procedimiento o tratamiento específico, los riesgos médicos significativos asociados y la probable duración de la discapacidad. Cuando hay otras opciones de atención o tratamiento médicamente significativos cuando el paciente quiere conocer otras posibilidades, tiene derecho a recibir dicha información. El paciente también tiene derecho a saber el nombre completo de la persona responsable de los procedimientos o del tratamiento.
4. El paciente tiene derecho a rechazar el tratamiento en la medida que lo permita la ley. También tiene derecho a ser informado de las consecuencias médicas de su acción.

5. El paciente tiene derecho a que se tenga en cuenta su intimidad con relación a su propio programa de atención. La discusión del caso, las consultas, las exploraciones y el tratamiento son confidenciales y debe de conducirse con discreción. Quienes no estén directamente implicados en su atención deben tener autorización del paciente para estar presentes.

6. El paciente tiene derecho a que todas las comunicaciones y registros relativos a su atención sean tratados confidencialmente.

7. El paciente tiene derecho a esperar que un hospital, de acuerdo con su capacidad, le dé una respuesta razonable a su petición de servicios. El hospital debe brindar una evaluación, un servicio, o la remisión a otra institución, según lo indique la urgencia del caso. Si es médicamente permisible, un paciente puede ser transferido a otro centro, sólo después de haber recibido una información completa sobre la necesidad de dicho traslado y una explicación completa sobre las opciones posibles. La institución a la que vaya a ser transferido el paciente ha de dar su aceptación previa a dicha transferencia.

8. El paciente tiene derecho a obtener información de cualquier relación de su hospital con otros centros sanitarios o instituciones educativas en todo lo que pueda estar relacionado con su atención. El paciente tiene derecho a que se le informe sobre la existencia de cualquier relación profesional entre personas que lo estén tratando y tiene derecho a conocer los nombres completos de estas personas.

9. El paciente tiene derecho a esperar una continuidad razonable de atención. Tiene derecho a saber con anticipación qué horas de consulta y que médicos están disponibles y dónde. El paciente tiene derecho a confiar en que el hospital proveerá los medios para que su médico, o alguien en quien éste delegue, le informe sobre sus necesidades de atención de salud posteriores a su alta.

Ningún catálogo de derechos puede garantizar al paciente la clase de tratamiento que debe dársele. Un hospital ha de realizar funciones diversas que incluyen la prevención y el tratamiento de las enfermedades, la educación de los profesionales de la salud y de los pacientes, y la realización de investigación clínica. Todas estas actividades deben estar supeditadas al interés por los pacientes y, sobre todo, al reconocimiento de su dignidad como seres humanos, que es la mejor garantía para la defensa de sus derechos.

La condición del paciente resulta vulnerable cuando los valores que prevalecen en su atención son distintos de los estrictamente humanistas, y aunque contar con un marco jurídico adecuado es importante, sus derechos son con frecuencia cuestión de acuerdos informales, de políticas hospitalarias y de sensibilidades éticas de los prestadores de servicios. No todos los derechos del paciente se hallan explícitos en las normas legales o en declaraciones escritas.

La Declaración de Lisboa de los Derechos del Paciente, adoptada por la 34ª Asamblea Médica Mundial, Lisboa/Portugal, septiembre-octubre, 1981, y modificada en Bali, Indonesia, en septiembre de 1995, y señala:

Un médico debe de actuar siempre de acuerdo con su conciencia y en el mejor interés del paciente cuando se le presenten dificultades prácticas éticas o legales. La siguiente Declaración recoge algunos de los principales derechos que la profesión médica desea que se reconozcan a los pacientes. Cuando la legislación o la acción del gobierno niega estos derechos al paciente, los médicos deben buscar los medios apropiados para asegurarlos o restablecerlos.

a) El paciente tiene derecho a elegir libremente a su médico. El paciente tiene derecho a la información necesaria para tomar sus decisiones.

- b) El paciente tiene derecho a ser tratado por un médico que goce de libertad para hacer juicios clínicos y éticos sin ninguna interferencia exterior.
- c) Después de haber sido adecuadamente informado sobre el tratamiento, el paciente tiene derecho a aceptarlo o rechazarlo.
- d) El paciente tiene derecho a confiar en que su médico respete la confidencialidad de todos los datos médicos y personales que le conciernen.
- e) El paciente tiene derecho a morir con dignidad
- f) El paciente tiene derecho a la autodeterminación y a tomar decisiones libremente en relación a su persona. El médico informará al paciente las consecuencias de su decisión.
- g) El diagnóstico o tratamiento se puede realizar contra la voluntad del paciente, en casos excepcionales sola y específicamente si lo autoriza la ley y conforme a los principios de la ética médica.
- h) El derecho a la información que el paciente tiene consiste en recibir información sobre su persona registrada en su historial médico y a estar totalmente informado sobre su salud, inclusive los aspectos médicos de su condición.
- i) El paciente tiene derecho a elegir libremente si desea asistencia espiritual o moral.
- j) La dignidad del paciente y el derecho a su vida privada deben ser respetadas en todo momento durante la atención médica y la enseñanza de la medicina.

El paciente debe recibir del hospital la necesaria dotación tecnológica, y del personal de salud una excelente capacidad técnica, el compromiso de mantener al día sus conocimientos y habilidades y la suficiente autocrítica como para solicitar ayuda o transferir oportunamente el caso.

Si bien el paciente hospitalizado puede recurrir a una entidad legal para exigir el respeto a sus derechos, es cierto que depende más de la formación ética de los prestadores del servicio. Los médicos tienen que privilegiar lo ético sobre lo jurídico y hacer honor a una tradición que ubica a la medicina en la defensa de los derechos fundamentales de los pacientes.

Con fundamento en los artículos 10 de la Constitución Política del Estado de Jalisco; 66, 72, 75 y 88 de la Ley de la Comisión Estatal de Derechos Humanos; 61, fracciones I, VI y XVII, 62 y 64, fracciones II y V, de la Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Jalisco, con base en las diversas leyes y tratados internacionales que se invocaron en este documento, se formulan las siguientes:

III. RECOMENDACIONES

Al doctor Óscar Aguirre Jáuregui, director del Antiguo Hospital Civil de Guadalajara

Primera. Los médicos Raúl González Luna, José Trinidad Rafael Pulido Abreu y José Martín Gómez Lara, efectivamente, según la definición legal, no son servidores públicos; sin embargo se le recomienda al director general del hospital que considere, de acuerdo con lo que establece y le obliga el Reglamento Interno de Residencias Médicas del OPDHCG, aplicar la sanción que corresponda por las omisiones a las normas de conducta propias de la profesión médica si éstos aún se encuentran en activo dentro del organismo descentralizado.

Segunda. Que dé vista a la contraloría del OPD Hospital Civil de Guadalajara, o departamento afín, para que inicie procedimiento administrativo al doctor Miguel Castellanos Puga, en su calidad de médico responsable de la atención brindada por el antiguo Hospital Civil de Guadalajara, en el Servicio de Tórax y Cardiovascular, del que es jefe, por la omisión en que incurrió al no vigilar la actuación de los médicos residentes que le prestaron atención directa a la señora Olegaria Ponce Lujano, y por tratarse de un hecho considerado como grave, de conformidad con la Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Jalisco, la Ley para los Servidores Públicos del Estado de Jalisco y sus Municipios, el Reglamento Interno para Residencias Médicas del Hospital Civil y demás normas aplicables.

Tercera. Que se indemnice a la señora Olegaria Ponce Lujano de acuerdo con disposiciones contenidas al efecto por la Ley Federal del Trabajo, considerando la responsabilidad institucional que corresponde por la deficiente atención médica que recibió, independientemente de la que puede evidenciar la responsabilidad de los médicos privados que le amputaron las piernas, que se tradujo en un cambio drástico en su proyecto de vida.

Cuarta. Que ordene a los jefes o titulares de las áreas de Enseñanza e Investigación el irrestricto cumplimiento de lo que dispone la NOM-168-SSA1-1998, relativa a la integración del expediente clínico y la supervisión de la observancia de los médicos de base y de los residentes en los términos del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, el Reglamento Interno de Enseñanza e Investigación del Hospital Civil de Guadalajara y el Reglamento General del Complejo Médico Hospital Civil de Guadalajara.

Quinta. Que ordene lo necesario para que se incluya en los programas, cursos y requisitos de posgrado correspondiente a la especialización de las divisiones de Enseñanza e Investigación del OPDHCG, el tema de los derechos humanos del paciente y el contenido y principios fundamentales de instrumentos internacionales sobre atención a la salud emitidos por la ONU, en relación con códigos de ética que tienen que conocer y cumplir los profesionales en las ciencias médicas, así como el trato humanitario y dedicado que deben dispensar a los pacientes; que en este sentido, se adicione el juramento que hacen los médicos conocido como "Humanidad doliente", de fray Antonio Alcalde, con la declaración de los derechos humanos del paciente elaborada por la Asamblea Médica Mundial en Lisboa y modificada en Bali.

Sexta. Que para mejorar la calidad de la atención se ordene una auditoría externa con expertos en análisis hospitalario, cuyo resultado sentará las bases para recomendar las medidas que se deban tomar con el fin de que cada paciente sea bien atendido en las áreas hospitalarias de mayor afluencia de usuarios y menor número de personal tanto de médicos residentes como de base en el OPDHCG, particularmente en el área del servicio de Tórax y Cardiovascular del AHC.

Se ordena dar vista al agente del Ministerio Público número 4 integrador de la averiguación previa 15635/99-A de la presente recomendación y de las opiniones médicas que esta Comisión obtuvo, para que defina, en conjunto con las investigaciones que lleve a cabo, si de las acciones u omisiones del personal médico señalado tanto del Hospital Civil como del nosocomio privado Santa Margarita que debieron prestar atención calificada y oportuna a la paciente, se desprende probable responsabilidad penal por los delitos que resultaren. De lo anterior, esta Comisión, por mandato de ley, podrá dar seguimiento a fin de observar el cumplimiento irrestricto de la procuración de justicia y el deslinde de responsabilidades penales.

Estas recomendaciones tienen el carácter de públicas, por lo que esta institución podrá darlas a conocer de inmediato a los medios de comunicación (artículos 76 y 79 de la Ley de la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Jalisco y 91, párrafo I, de su Reglamento Interior).

Con fundamento en los artículos 72, 76, 77 y 78 de la Ley de la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Jalisco y 104 de su Reglamento Interior, se informa a las autoridades a las que se dirige la presente recomendación, que tienen diez días naturales a partir de que ésta se le

notifique, para que informen a este organismo si fue o no aceptada; en caso afirmativo, en los siguientes quince días naturales remitan las constancias que acrediten su ejecución. En situaciones excepcionales y por motivos obvios, el plazo podrá extenderse, siempre y cuando existan signos evidentes del inicio del cumplimiento de las recomendaciones y de la intención efectiva de llevarlas a término. Esta Comisión puede hacer públicos tanto la negativa como el incumplimiento respectivo.

Las recomendaciones de esta Comisión pretenden ser criterio, sustento ético y exigencia para autoridades, servidores públicos y ciudadanos en la resolución de problemas cotidianos que sean, por omisión o acción, susceptibles de violar derechos humanos, pero también en casos excepcionales como éste que, se pretende, sirva de experiencia para no repetirse. Es compromiso de este organismo coadyuvar con las instituciones públicas, y establecer el vínculo entre ellas y los ciudadanos para que otorguen un servicio público de calidad.

María Guadalupe Morfín Otero

Presidenta

* La presente recomendación corresponde a hechos ocurridos en la administración anterior a la que se dirige, pero se le envía en su carácter de actual titular para que tome las providencias necesarias.

[1] “ La Comisión Nacional tendrá las siguientes atribuciones:

[...] IX. Elaborar los dictámenes o peritajes médicos que le sean solicitados por las autoridades encargadas de la procuración e impartición de justicia;

[...] X. Convenir con instituciones, organismos y organizaciones públicas y privadas, acciones de coordinación y concertación que le permitan cumplir con sus funciones...”

[2] Aprobada por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948.

[3] El Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales, o Protocolo de San Salvador, fue adoptado por la Asamblea General de la OEA el 17 de noviembre de 1998; aprobado por el Senado el 12 de diciembre de 1995; se publicó en el Diario Oficial de la Federación el 1° de septiembre de 1998. Al depositarse el instrumento de ratificación, se hizo una declaración interpretativa.

[4] El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales fue aprobado por la Asamblea General de la ONU, mediante resolución 2200(XXI), el 16 de diciembre de 1966; fue ratificado por México el 23 de marzo de 1981 y entró en vigor en nuestro país el 23 de junio del mismo año. No se interpuso reserva alguna, pero sí una declaración interpretativa.

[5] La Asociación Médica Mundial es una organización internacional que representa a médicos de todo el mundo. Fue creada para asegurar la independencia de los médicos y para brindar los mejores referentes posibles en ética y atención médica. Ha emitido diversos documentos que, aunque carecen de fuerza jurídica, constituyen una fuente de obligada consulta por estar avalados por la propia asociación mundial que los aprobó.

[6] Adoptada por la 34ª Asamblea General de la Asociación Médica Mundial celebrada en Lisboa, Portugal, en septiembre-octubre de 1981 y enmendada por la 47ª Asamblea General en Bali, Indonesia, en septiembre de 1995.

[7] " Son causas especiales de rescisión [...] y por tanto suspensión de la Residencia Médica ... d) La violación a las normas de conducta propias de la profesión médica (Negligencia Médica)".

8 Caso Loayza Tamayo versus Perú, ediciones de la OEA y la Corte Interamericana de Derechos Humanos, serie C, núm. 42, San José, Costa Rica, 2000.

9 Caso Velázquez Rodríguez. Indemnización compensatoria, ediciones de la OEA y la Corte Interamericana de Derechos Humanos, serie C, núm. 7, San José, Costa Rica, 2000.

10 Párrafo del voto razonado que emitieron conjuntamente los jueces de la Corte Interamericana de Derechos Humanos A. A. Cancado Trindade y A. Abreu Burelli, en el Caso Loayza Tamayo versus Perú.

11 Ibid., p. 149.