

Recomendación 3 /2004
Guadalajara, Jalisco, 24 de junio de 2004
Asunto: violación del derecho a la protección
de la salud (negligencia médica)
Queja: 1443/02/III

Doctor Alfonso Petersen Farah,
secretario de Salud de Jalisco

Doctor Raymundo Felipe Serrano Enríquez,
director del Hospital Regional de Magdalena

Licenciado Gerardo Octavio Solís Gómez,
procurador general de Justicia del Estado.

Síntesis

La inconformidad se inició con motivo del escrito presentado el 4 de junio de 2002 por Efrén Aguirre Reyes, en virtud de que su hija recién nacida perdió la vida en las instalaciones del Hospital Regional de Magdalena, Jalisco, a consecuencia del deficiente desempeño de los médicos adscritos al nosocomio que atendieron a la neonata y a su esposa, María del Rosario Álvarez Hernández. De las investigaciones realizadas quedó demostrado que en el Hospital Regional de Magdalena existen carencias de personal médico especializado y equipo médico para la atención neonatal, lo que acredita la violación del derecho a la protección de la salud materno-infantil.

La presente recomendación se emite con sustento en los artículos 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 4º y 10 de la Constitución Política del Estado de Jalisco; 4º, 7º fracciones I y XXV; 28, fracción III; 72, 73, 75 y 79 y demás relativos de la Ley de la Comisión Estatal de Derechos Humanos Jalisco y 89, 90, 91 y 92 del Reglamento Interior de este organismo.

I. ANTECEDENTES Y HECHOS

1. El 4 de junio de 2002 se recibió la queja que por escrito presentó Efrén Aguirre Reyes en contra del doctor José Antonio Rivera Robles, servidor público adscrito al Hospital Regional de Magdalena, Jalisco; anexó copia de diversos documentos. De su escrito se desprende que el 16 de mayo de 2002, a las 22:00 horas, acompañó a su esposa María del Rosario Álvarez Hernández al Hospital Regional de Magdalena, ya que presentaba un embarazo de término. Señaló que personal de urgencias realizó dos revisiones vaginales para verificar la dilatación que tenía. A las 2:00 horas del 17 de mayo, una enfermera dijo que le avisaría cuando naciera la bebé, y le entregó la ropa de su esposa; sin embargo, no ocurrió nada hasta las 7:00 horas, cuando el doctor de guardia revisó de nuevo a su esposa y la pasó a sala de partos. La bebé nació a las 7:45, pero cerca de media hora después le informaron que estaba un poco delicada en una incubadora. Refirió el inconforme que se entrevistó con la pediatra del hospital, quien le dijo que la bebé había nacido un poco resentida, pero que la tendrían en observación 24 horas porque había “tomado una neumonía” y después se la entregarían. Agregó que se retiró a su domicilio, de donde regresó a las 16:30 horas de ese mismo día, y al preguntarle a la pediatra sobre su bebé, ésta le contestó “que no había ido a verla, que pasaría después”. Vio a su hija en el área de cuneros, visitó a su esposa y se retiró del hospital.

A las 4:30 horas del 18 de mayo de 2002 recibió un aviso en su domicilio, ya que se requería su presencia en el Hospital Regional de Magdalena en virtud de que su bebé estaba muy delicada. Se trasladó al lugar y habló con la enfermera que la cuidaba, a quien le preguntó el estado de salud de su hija. La enfermera dijo que le habían entregado a la recién nacida en esas condiciones, por lo que hizo varias llamadas a Guadalajara para solicitar una incubadora a fin de realizar un traslado, sin obtener respuesta, porque todos los hospitales se encontraban ocupados y “que la bebida ya no podría resistir el traslado, por lo que ya no podía hacer nada, me solicitó [la enfermera] que fuera por mi esposa para que viera a la bebé por escasos minutos, la observó y la llevé nuevamente a cama [...] al regresar mi bebé murió, eran las 5:00 horas del 18 de mayo...”. El señor Efrén Aguirre Reyes refirió que después de algunos días un médico en la ciudad de Guadalajara opinó

que el parto de su esposa se había pasado y que la causa de la muerte fue porque la bebé tomó líquido amniótico que se le pasó a los pulmones, le ocasionó una neumonía y finalmente la muerte por asfixia pulmonar.

2. El 13 de junio de 2002 se admitió la inconformidad en contra de los servidores públicos que atendieron a la esposa del quejoso María del Rosario Álvarez Hernández y a su hija, Anette del Rosario Aguirre Álvarez; se requirió al director del Centro de Salud de Magdalena que indicara los nombres de los médicos que prestaron la atención y por su conducto los requirieron por su informe de ley. Asimismo, se le solicitó copia del expediente clínico de la agraviada.

3. El 10 de julio de 2002, mediante oficio 487/2002, el director del Hospital Regional de Magdalena, Raymundo Felipe Serrano Enríquez, informó que los médicos que brindaron atención a la señora María del Rosario Álvarez Hernández y a su hija, fueron: José Antonio Rivera Robles (urgenciólogo), Raquel Real Ledesma (pediatra) y Carlos Ramón Escobedo Bernal (urgenciólogo). Remitió copia certificada de los expedientes clínicos correspondientes a la señora Álvarez Hernández y a la recién nacida Aguirre Álvarez (Anette del Rosario Aguirre Álvarez).

4. El 16 de julio de 2002 se recibió en esta Comisión el informe del doctor José Antonio Rivera Robles. Manifestó que a las 22:30 horas del 16 de mayo realizó la primera revisión a María del Rosario Álvarez Hernández. Encontró una dilatación de 3 centímetros más un borramiento de 70 por ciento sin alteraciones, y agregó que la paciente mostró poca cooperación al momento de practicar la revisión. La segunda revisión la hizo a las 2:30 horas del 17 de mayo. La paciente presentó una dilatación de 6 centímetros y un borramiento de 80 por ciento; más tarde se trasladó a la paciente a la sala de labor; a las 4:20 horas encontró una dilatación de 7 centímetros, 90 por ciento de borramiento, con dolores más frecuentes, y a las 6:00 horas la paciente presentó 9 centímetros de dilatación con el mismo porcentaje de borramiento. El doctor agregó que la paciente fue poco cooperativa. Narró que finalmente se trasladó a la señora Álvarez a la mesa de expulsión a las 7:00 horas, con dilatación y borramiento completos, y le explicó la forma de hacer fuerza para la expulsión del producto,

pero no respondió e hizo caso omiso de las instrucciones, razón por la cual el periodo de expulsión fue de 45 minutos, aproximadamente. Agregó que tomó la frecuencia cardiaca fetal (FCF) que escuchó con desaceleraciones. Entonces le insistió a la paciente que cooperara porque ya se encontraba en tercer plano de tiempo. En seguida realizó la episiotomía y obtuvo un producto del sexo femenino que fue valorada por la médica pediatra.

5. El 17 de julio de 2002, la doctora Raquel Real Ledesma presentó su informe por escrito a este organismo. Refirió (sin señalar fecha y hora) que se le informó de una recién nacida que presentó sufrimiento fetal manifestado por desaceleraciones cardiacas; se encontraba deprimida con un apgar (valoración del recién nacido para cuantificar la actividad espontánea, ya sea muscular o de llanto, con la cual se determina su estado de alerta) de tres y a los cinco minutos de siete, por lo que, dada la asfíxia perinatal sufrida, procedió a suministrarle medicamento. Aclaró que respecto a la evolución de sus pacientes en esas condiciones, acostumbra explicar a los padres que es necesario esperar 24 horas para que el recién nacido recupere el patrón respiratorio. Manifestó que la última revisión la realizó a las 12:15 horas del 17 de mayo, la frecuencia cardiaca de la bebé era de 90 por minuto y no especificó silverman (valoración neurológica del recién nacido que usualmente se anota cuando se sospecha de algún daño neurológico por sufrimiento fetal). Agregó que en el reporte de la enfermera realizado a las 16:30 horas se asentó que se observó a la bebé llorona, lo que hablaría de una mejoría clínica. También señaló que no se contaba con servicio de pediatría en los turnos vespertino y nocturno en el Hospital Regional de Magdalena y que el personal de enfermería no estaba capacitado para manejar este tipo de pacientes.

6. El 23 de julio de 2002 se recibió el informe del doctor Carlos Ramón Escobedo Bernal. Señaló que al recibir la guardia el 17 de mayo de 2002 (sin señalar hora), les avisaron que se encontraba hospitalizado en el área de cuneros un recién nacido de doce horas, muy delicado y con diagnóstico de sufrimiento fetal crónico agudizado; apgar bajo y potencialmente infectado; dificultad respiratoria muy marcada por la retracción xifoidea; tiraje intercostal y disociación toracoabdominal. Avisaron esta situación a María del Rosario Álvarez, quien se encontraba en el hospital, y le comentaron que era necesario el

traslado de su bebé a una clínica de tercer nivel, de las que cuentan con un ventilador requerido por la recién nacida. Realizaron varias llamadas al 080 en donde les pidieron esperar a que hubiera lugar en algún hospital, pero no recibieron respuesta. Agregó que se les preguntó a los quejosos si tenían posibilidades económicas para pagar un hospital particular, y les explicó que eran tratamientos costosos, a lo que respondieron que no tenían. Finalmente, informó que a las 5:25 horas del 18 de mayo, la recién nacida falleció en virtud de que presentó paro cardiorrespiratorio. Se establecieron como causas de la muerte síndrome de dificultad respiratoria, neumonía y asfixia neonatal.

7. El 4 de septiembre de 2002 se abrió el periodo probatorio.

8. El 1 de octubre de 2002 se recibió un escrito presentado por el quejoso Efrén Aguirre Reyes. Hace diversas manifestaciones en relación con los informes rendidos por los doctores Rivera Robles, Real Ledesma y Escobedo Bernal. Entre otras cosas, señaló que el trato hacia las primerizas es deficiente, ya que el médico que revisó a su esposa por la noche del 16 de mayo solamente le realizaba el tacto diciéndole que no se quejara. Además, cuando su esposa estaba en la sala de labor y se quejaba del dolor, lo único que hicieron fue decirle que se aguantara porque ella se había buscado su situación. También señaló que está inconforme porque le avisaron muy tarde del estado de gravedad de su bebé y calificó de falso el hecho de que les hubiera dicho en el hospital que no tenía recursos para un particular, que fue una enfermera quien le dijo que ya no se podía trasladar a la niña a ningún lugar debido a que, por su gravedad, era muy probable que no resistiera el viaje. A dicho escrito anexó diversas pruebas documentales consistentes en recetas, hojas de seguimiento de atención médica, tarjeta de citas, actas del registro civil, un certificado de defunción y resultados de diversos análisis.

9. El 15 de abril de 2003 se solicitó al Instituto Jalisciense de Ciencias Forenses (IJCF), que en auxilio y colaboración con este organismo, emitieran un dictamen en el que se determinara si existió negligencia médica por parte de los galenos adscritos al Hospital Regional de Magdalena que atendieron a María del Rosario Álvarez Hernández.

10. El 28 de mayo de 2003 se admitió la inconformidad en suplencia de la queja en contra del director del Hospital Regional de Magdalena, en virtud de que se advirtió que dicho nosocomio carece de un ventilador para neonatos, además de que no se contaba con médico pediatra en los turnos vespertino y nocturno, ni con personal de enfermería capacitado para manejar pacientes recién nacidos; se le solicitó su informe de ley.

11. El 27 de junio de 2003, mediante oficio 365/2003, Raymundo Felipe Serrano Enríquez, director del Hospital Regional de Magdalena, rindió su informe en el que manifestó, entre otras cosas, que en un hospital de segundo nivel como el de Magdalena se tiene en la plantilla del turno matutino personal en las especialidades de ginecología y obstetricia, medicina interna, cirugía general, pediatría, anestesiología, ortopedia y traumatología; en el vespertino, las especialidades de cirugía general, anestesiología y ginecología y obstetricia; en el nocturno únicamente cuentan con personal de urgencias; y en fin de semana se tienen las especialidades anestesiología y cirugía general. La atención en el servicio de urgencias se presta las 24 horas a cargo de médicos generales; el Hospital Regional de Magdalena tiene personal acorde con el grado de complejidad de los pacientes de este nivel, y en caso de requerirse otros elementos humanos o técnicos, se refieren a hospitales de mayor complejidad a través del 080 del Sistema de Atención Médica de Urgencias cuando se trata de urgencias y la respuesta escapa del control del hospital. Señaló que en el presente caso se otorgó la atención médica con los recursos disponibles y que el manejar a un recién nacido en estado de salud delicado implica condiciones de capacidad y equipamiento no disponibles en esa unidad.

Asimismo, informó que se ha capacitado al personal médico responsable de la atención de la paciente obstétrica en reanimación neonatal; que se han realizado gastos importantes para adquirir medicamentos y materiales para la atención de los pacientes del hospital, en especial para los del cunero patológico; que se ha aumentado el personal con un pediatra en el turno vespertino y los domingos; un ginecoobstetra; un anestesiólogo y una enfermera general en el turno nocturno B (martes, jueves y sábado). Se amplió el área física de cuneros, se mejoró el equipamiento mediante donaciones en las áreas de quirófano, sala de expulsión y

cunero patológico, con dos cunas de calor radiante, monitor pediátrico, lámpara de fototerapia, resucitadores neonatales y CPAP.

12. El 11 de julio de 2003 se solicitó un informe al secretario técnico del Consejo Estatal para la Prevención de Accidentes, en auxilio y colaboración, mismo que fue rendido el 29 de julio de 2003 mediante oficio DG 470/03. A dicho informe agregó copia de la hoja de traslado secundario respectiva, así como de los reportes que por escrito rindieron los médicos reguladores que conocieron del asunto, Édgar Noel Sequeira Flores y Mauro T. Guzmán Peláez.

13. El 11 de septiembre de 2003, mediante oficio 59394/03/12CE/ML/13, los doctores Carlos César Córdova Mendoza y Enrique González Galván, del IJCF, rindieron dictamen de responsabilidad médica.

14. El 12 de noviembre de 2003 se llevó a cabo una visita de inspección en las instalaciones del Hospital Regional de Magdalena, específicamente en las áreas de cuneros, urgencias, salas de labor y de parto.

15. El 18 de noviembre de 2003, mediante oficio 648/2003, el director del Hospital Regional de Magdalena adjuntó los lineamientos de estructura correspondientes al nosocomio, el manual de organización, las normas oficiales mexicanas aplicables al caso y copia actualizada de la plantilla de personal; de esta última se desprende que los doctores José Antonio Rivera Robles y Carlos Ramón Escobedo Bernal laboraban de 20:00 a 8:00 horas y la doctora Raquel Real Ledesma labora de las 7:00 a las 14:30 horas. Asimismo, se desprende que el médico pediatra que fue contratado únicamente labora en el turno vespertino de miércoles a domingo.

II. EVIDENCIAS

1. Acta de defunción 67 de la Oficialía del Registro Civil número 1 de Magdalena, correspondiente a Anette del Rosario Aguirre Álvarez, con la cual se acredita que falleció a las 5:20 horas del 18 de mayo de 2002, a consecuencia de síndrome de dificultad respiratoria, neumonía y asfixia neonatal.

2. Expediente clínico del Hospital Regional de Magdalena, correspondiente a María del Rosario Álvarez Hernández, del que se desprende:

17-mayo-2002, 3:00 hrs. NOTA DE INGRESO A URGENCIAS: se trata de paciente femenino de 23 años que acude por presentar embarazo de término + CUTTP. Refiere la paciente que inicia con sus dolores desde el día de ayer de forma lenta sin alguna otra alteración. FUR: agosto del 2001, FPP: mayo 2002. Exploración física: paciente muy intranquila y poco cooperadora al interrogatorio y exploración, la cual se encuentra con abdomen globoso con útero grávido con FUVLCDD con FCF de 188x", a la revisión vaginal con cérvix central con 6 cm de dilatación y un 80% de borramiento con membranas íntegras. No se aprecia alguna otra alteración. Nota: paciente que no coopera a la revisión vaginal. IDX: primigesta, embarazo de término + CUTTP.

Dr. Rivera.

17-mayo-2002, 4:20 hrs. Paciente la cual refiere que sus dolores aumentaron, se revisa y se encuentra con FCF audible rítmica, con cérvix central con 7 cms. de dilatación y un 90% de borramiento con membranas íntegras.

Dr. Rivera.

17-mayo-2002, 6:00. Paciente intranquila, la cual se revisa y se encuentra con 9 cm. de dilatación y un 90% de borramiento, membranas íntegras. Insisto poco cooperadora.

Dr. Rivera.

17-mayo-2002, 8:15 hrs. Nota post-parto. Previa A y A colocación de campos estériles con un periodo expulsivo muy prolongado, se obtiene un producto del sexo femenino con un peso de 2.900 Kg. y un apgar bajo. Se obtiene placenta completa tipo Shultz. Se repara la episiotomía de tercer grado, ST normal.

Dr. Rivera.

3. Expediente clínico del Hospital Regional de Magdalena correspondiente a la recién nacida Anette del Rosario Aguirre Álvarez, en el cual la doctora Raquel Real Ledesma asentó dos notas correspondientes al 17 de mayo de 2002:

8:45. Nota de ingreso e historia clínica. R/N ingresada por SFA apgar bajo parcialmente recuperado, RNTAPEG. APN: es producto de 1ª gestación, desarrollo IUV en último trimestre sin tratamiento ni control de EGO, obtenido por parto eutócico, expulsivo prolongado 45 minutos, Apgar 3-7, Silverman 3-2, peso 2.9 kg,

líquido meconial espeso, se realiza aspiración [ilegible]. EF: eutrófico, íntegro, bien conformado fascies asfíctica, se aprecia caput de desplegamiento, ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, abdomen blando, depresible, peristalsis presente, no megalias, muñón umbilical teñido de meconio friable, genitales fenotípicamente femenino, ortolani, barlow y pistón negativos. IDX: SF crónico agudizado en forma verbal con el médico de urgencias comenta desaceleración de FCF con expulsivo prolongado, apgar bajo parcialmente recuperado, potencialmente infectado por IUV materna en el último trimestre sin tratamiento, RNTAPEG. Plan: se ingresa a cunero y se inicia soluciones parenterales a requerimientos además de doble esquema con antimicrobianos, ambroxol a megadosis. Condición clínica delicada, pronóstico reservado a evolución.

Dra. Real.

12:15 Persiste con periodos de polipnea (FR hasta de 90x min.), se ausculta disminución de crépitos, se ausculta rudeza. DX: agregado: SDR taquipnea transitoria mas neumonía por aspiración.

Dra. Real.

El 18 de mayo de 2002, el doctor Carlos Ramón Escobedo Bernal asentó que:

1:35 hrs. En estos momentos se observa taquipnea, quejido audible a distancia, se habla con la madre de lo delicado se habló al 080 y dice no tener lugar, luego hablará.

Rúbrica del doctor Carlos Ramón Escobedo Bernal.

5:05. En este momento, hace paro cardiorespiratorio se realizan maniobras de resucitación a las que no responde, dando la defunción a las 5:05.

Rúbrica del doctor Carlos Ramón Escobedo Bernal.

En las hojas de enfermería se asientan como signos y síntomas mal estado general y delicada; sin embargo, carecen de hora y fecha, se incluye una valoración de silverman de 7 del 17 de mayo, sin hora ni firma.

4. Informe rendido por el secretario técnico del Consejo Estatal para la Prevención de Accidentes y hoja de traslado secundario del Centro Regulador de Urgencias Médicas. Se desprende que sí existe un registro de la llamada telefónica realizada por el doctor Carlos Ramón Escobedo Bernal, del Hospital Regional de Magdalena, el 18 de mayo de 2002, a las 3:40 horas (hoja de traslado secundario folio 2655); que se solicitó el traslado de una recién nacida

de 39.5 semanas de gestación producto de un parto prolongado, con 21 horas de vida extrauterina, con apgar no reportado aunque fue recuperable, silverman de 6, aleteo nasal, tiraje intercostal, retracción xifoidea, frecuencia cardiaca de 108 por minuto, frecuencia respiratoria de 90 por minuto, con un diagnóstico de taquipnea transitoria más neumonía, y que el motivo del traslado era por falta de equipo y médico pediatra; también se observa que la doctora encargada del servicio en jornada acumulada del antiguo Hospital Civil solicitó tiempo al médico regulador para hacer un reacomodo de pacientes y así tener un área adecuada para la recepción de la recién nacida. Fue a las 10:15 horas cuando se dio la aceptación, y de inmediato se hizo saber lo conducente al Hospital Regional de Magdalena.

5. Informes rendidos por los doctores reguladores del Servicio de Atención Médica de Urgencias, Édgar Noel Sequeira Flores y Mauro T. Guzmán Peláez, quienes narraron los sucesos en términos similares al informe del secretario técnico del Consejo Estatal para la Prevención de Accidentes.

6. Inspección realizada el 12 de noviembre de 2003 en el Hospital Regional de Magdalena, de la que se desprende que las áreas de cuneros, urgencias, salas de labor y de parto, se encontraron funcionales y en buenas condiciones de higiene. Se observó que en los cuneros no cuentan con un ventilador o respirador neonatal en virtud de que, según dijo el director del nosocomio, es muy costoso y se requiere personal especializado para manejarlo, que hay otro tipo de sistemas que ayudan al bebé que lo requiera sin llegar a ser ventilador, pero hay algunos casos como el presente en que debido a la gravedad del paciente es imposible tratarlos incluso contando con un ventilador.

En dicha visita se informó que el hospital tiene una enfermera y un médico general de guardia en urgencias las veinticuatro horas, manejan tres turnos (matutino, vespertino y nocturno A y B). Consideró el director del nosocomio que el principal problema es la falta de personal, de médicos especializados, a pesar de que desde que sucedió el problema que originó la queja ya cuentan con más personal. Principalmente se necesita completar el turno nocturno B.

7. Dictamen de responsabilidad médica rendido por peritos del IJCF, del cual se desprende lo siguiente:

i. La reanimación del recién nacido asfixiado debe iniciar desde un adecuado tratamiento y evaluación del trabajo de parto, evitando en lo posible los periodos de trabajo de parto y periodos expulsivos prolongados, situación que no aconteció en el presente caso, pues en la atención obstétrica de María del Rosario Álvarez Hernández sólo se observan cuatro notas de atención, la primera presumiblemente a las 2:30 horas, las otras dos a las 4:20 y a las 6:00, siendo la última la correspondiente a la atención del parto a las 8:15 horas.

ii. Sólo en la nota de ingreso se signa la frecuencia cardiaca fetal y se encontró en parámetros anormales en un rango de 188 por minuto (normal de 120-160 latidos por minuto), situación que nunca se tomó en cuenta pues este hallazgo debe prender un foco de alerta para el médico encargado de la atención materna en esta etapa, pues puede significar sufrimiento del producto y por ende alto riesgo de asfixia neonatal, siendo entonces imperativo en estas condiciones, si no se cuenta con la infraestructura necesaria para realizar una cesárea de urgencia, derivar a la paciente lo antes posible a otro nivel de atención, situación que como se manifiesta en el expediente clínico nunca se tomó en cuenta dejando de manifiesto la mala atención brindada al paciente desde el primer contacto con el personal del hospital.

iii. Durante las seis horas que estuvo en el servicio de urgencias la paciente María del Rosario Álvarez Hernández, sólo se le realizaron dos revisiones, cuando en una paciente con trabajo de parto sin problemas se debería revisar por lo menos cada hora, siendo lo ideal cada treinta minutos y cuando se detecta un problema como el aumento anormal de la frecuencia cardiaca fetal, las revisiones deben realizarse cada quince minutos y/o constantes si fuera posible; en el presente caso esto nunca ocurrió, pues además de que sólo fue revisada en dos ocasiones, en éstas jamás se refirió la frecuencia cardiaca fetal, lo que indica que los médicos encargados de la atención de la paciente en comento tomaron una actitud expectante más que participativa, lo que no les permitió darse cuenta de los problemas que presentaba la paciente y por lo tanto tampoco dar un tratamiento adecuado para el caso, estando indicada en estas circunstancias la interrupción del embarazo vía cesárea.

iv. La persona que va a atender al recién nacido debe estar preparada para valorar adecuadamente su estado desde el mismo momento en el que el ginecobstetra lo pone en sus manos, valorando desde antes del nacimiento la posibilidad de la necesidad de otro nivel de atención, ya que este tipo de pacientes, al puntaje apgar y el examen físico inicial, no reflejan de manera fehaciente el estado cardiovascular y ácido base del neonato, siendo necesario para la realización de un adecuado

diagnóstico por lo menos una placa de tórax y una gasometría inicial en pacientes con dificultad respiratoria y/o asfixia al nacimiento.

v. En todo el cuadro clínico que presentaba la recién nacida, se debió valorar la posibilidad de utilizar otros medios de sostén como el de una adecuada ventilación, que se puede lograr con la simple aspiración y estimulación suave del RN, hasta la intubación endotraqueal cuando la calificación de apgar es de entre 3 y 5 sin recuperación, o de un adecuado manejo cardíaco con masaje si la frecuencia es menor de 100 por minuto.

vi. La doctora Raquel Real Ledesma, pediatra del Hospital Regional de Magdalena, hizo una manifestación importante en su reporte en el sentido de que no había pediatra en los turnos vespertino y nocturno, pero a pesar de ello y de las condiciones graves del paciente, no tomó ninguna medida para tratar de prever alguna complicación, tomando en cuenta que el 3% de este tipo de pacientes mueren por estas complicaciones y buscar por ejemplo el traslado a otro nivel de atención con la antelación suficiente para tratar de evitar el desenlace ocurrido.

vii. La atención de un recién nacido con asfixia debe ser rápida, oportuna y de calidad; sin embargo, en el expediente clínico respectivo no se refiere ninguno de estos aspectos, por lo que es evidente que la atención no fue la adecuada, además de que el personal a cargo se limitó a una actitud presencial más que participativa, observando las complicaciones del parto aparentemente normal y el deterioro del cuadro clínico de la recién nacida, es decir, no se le tomó a la paciente la frecuencia cardíaca del feto para valorar el sufrimiento fetal que presentaba el producto antes del parto y al recién nacido tampoco una simple placa radiográfica para valorar el estado del déficit respiratorio que presentaba; además si se hubiera pedido con tiempo el apoyo al 080 para el traslado, o se hubiera resuelto el parto de otra manera como una cesárea, se podría haber evitado el sufrimiento fetal al que se vio sometida la paciente recién nacida.

viii. Los expedientes clínicos de la madre y de la menor cuentan con serias deficiencias en su elaboración, iniciando porque únicamente cuando la paciente fue ingresada al servicio de urgencias el 17 de mayo del 2002, se refirió la frecuencia cardíaca fetal de 188x', en ninguna otra nota se refiere más este dato, lo que demuestra una desatención que requiere el binomio madre hijo en esta etapa del embarazo, por otro lado, sólo existen otras tres notas médicas de revisión cuando en estos casos por lo menos debe hacerse cada 30 minutos cuando no se observan complicaciones y cada 10 o 15 minutos cuando se detecta alguna alteración, esto con la finalidad de evitar sufrimiento fetal o poner en riesgo la vida del paciente; con ello se acredita que las revisiones médicas realizadas fueron insuficientes.

ix. La infección que presentaba la madre en las vías urinarias de ninguna manera tuvo relación con las complicaciones del periodo expulsivo, ya que las membranas estaban íntegras dos horas antes del nacimiento.

CONCLUSIONES:

I. Existió una actitud negligente de impericia y de imprudencia por parte de los médicos que intervinieron en la atención brindada a la paciente y su hija recién nacida, desde su ingreso a la sala de urgencias del Hospital Regional de Magdalena, pues en el servicio de ginecología y obstetricia no se estableció el momento del inicio del sufrimiento fetal y por lo tanto no se realizaron las maniobras para evitarlo en lo posible; en el servicio de pediatría se subvaloró el producto y no se instauró un adecuado tratamiento para la magnitud de la patología asfíctica que presentó al nacimiento, siendo ésta una atención deficiente en calidad y oportunidad.

II. Existe responsabilidad médica por parte de los doctores de ambos servicios, al no realizar adecuadamente la elaboración del expediente clínico, según la norma oficial mexicana NOM-168-SSA1-1998, que es obligatoria para todo trabajador de salud.

III. Existe responsabilidad institucional del Hospital Regional de Magdalena, en virtud de que a pesar de tratarse de un hospital de segundo nivel de atención, no tiene personal calificado en las especialidades básicas para cubrir las 24 horas de atención, además de no contar ni proporcionar a su personal el equipo médico indispensable para una adecuada atención.

III. MOTIVACIÓN Y FUNDAMENTACIÓN

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 una deficiencia, retraso, inadecuada prestación o negligencia. Los servicios de salud se deben caracterizar por mejorar el nivel y la distribución de las condiciones de salud y del trato a los usuarios, sobre todo lo relativo a la atención materno-infantil. Es especialmente grave la violación cuando está de por medio la atención especializada de maternidad e infancia. El hospital de segundo nivel en Magdalena es uno de tres que se encuentran en la región sanitaria IX de Ameca y que cubre una población cercana a trescientos mil

habitantes integrada por catorce municipios. Si se pretende que la cobertura médica en el estado sea de mejor calidad, es necesario que estos hospitales cuenten con equipo y personal cada vez más especializado para que se pueda brindar verdaderamente una atención a la salud. Es de suponerse que las urgencias que enfrentan los hospitales regionales y que requieran de atención de tercer nivel sólo pueden atenderse en la zona metropolitana de Guadalajara, lo que se traduce en una presión de los hospitales secundarios hacia los de tercer nivel, que en muchas ocasiones no pueden responder a todas estas necesidades. Es urgente que la Secretaría de Salud Jalisco vaya dotando a los hospitales regionales de mayor autonomía en los servicios que ofrecen, y una forma de lograr esto se refleja en el equipamiento de estos nosocomios.

En el presente caso quedó demostrado que María del Rosario Álvarez Hernández y la recién nacida Anette del Rosario Aguirre Álvarez recibieron una deficiente e inadecuada prestación de los servicios profesionales de salud, por omisión de parte de los médicos José Antonio Rivera Robles, Carlos Ramón Escobedo Bernal y Raquel Real Ledesma, adscritos al Hospital Regional de Magdalena. A pesar de que tenían antecedentes de que la recién nacida tuvo sufrimiento fetal, no actuaron con la debida diligencia que el caso requería para evitar las complicaciones que se presentaron. Dadas las condiciones de salud que presentaba, forzosamente se requería un ventilador o respirador para neonatos del cual carecen, a fin de tratar este tipo de padecimientos. Realizaron además la llamada al 080 alrededor de diecisiete horas después del nacimiento de Anette del Rosario Aguirre Álvarez.

José Antonio Rivera Robles tuvo la obligación de revisar con mayor frecuencia el estado de María del Rosario Álvarez, para poder anticipar cualquier complicación. Sin embargo, del expediente clínico (evidencia 2) se desprende una clara falta de atención, ya que únicamente se realizaron tres revisiones, en promedio cada hora y media. Cabe resaltar que a pesar de que en su informe a esta Comisión (antecedente 4) refirió haber revisado a la paciente desde las 22:30 horas en cuatro ocasiones, en el expediente clínico únicamente se asentaron tres notas, por lo que los argumentos vertidos en su informe en este sentido no se reflejan en el expediente clínico.

El doctor José Antonio Rivera Robles fue negligente al haber omitido asentar en el expediente clínico la frecuencia cardíaca fetal, ya que sólo fue en la nota de ingreso a las 3:00 horas que asentó una frecuencia de 188x', lo cual puede significar sufrimiento del producto y resultar un alto riesgo de asfixia neonatal, tal como quedó asentado en el dictamen de responsabilidad médica del IJCF (evidencia 7). De haber llevado a cabo los procedimientos previstos en la norma, éstos habrían servido como base para tomar la decisión de derivar a la paciente a un hospital de tercer nivel de atención o realizar una cesárea para evitar complicaciones, lo cual nunca aconteció. Cabe destacar que la alteración en la frecuencia cardíaca del feto fue detectada poco más de cinco horas antes del parto, lo que demuestra una actitud pasiva, expectante y poco participativa del doctor Rivera.

Lo anterior es una clara violación de la NOM-007-SSA2-1993, que señala en su punto 5.4.2: “El control del trabajo de parto normal debe incluir: 5.4.2.1. La verificación y registro de la contractilidad uterina y el latido cardíaco fetal, antes, durante y después de la contracción uterina al menos cada 30 minutos”.

Los doctores Carlos Ramón Escobedo Bernal y Raquel Real Ledesma también incurrieron en negligencia médica, pues a pesar de que argumentaron que la frecuencia cardíaca fetal era audible y rítmica y que las enfermeras estuvieron observando a la recién nacida, los expedientes clínicos de ésta y de su madre son evidencia de la falta de atención que recibieron de los galenos responsables, ya que en aquéllos existen serias deficiencias; en ninguno se elaboraron notas de evolución con la frecuencia requerida y las existentes contienen información incompleta.

La pediatra Real Ledesma revisó a la bebé a las 8:45 y a las 12:15 horas del 17 de mayo (evidencia 3). Por su parte, el doctor Escobedo Bernal redactó las dos notas posteriores a la 1:35 y 5:05 horas del 18 de mayo. Lo anterior refuerza que la omisión de los doctores hacia las pacientes ocasionó complicaciones en la salud de Anette del Rosario Aguirre Álvarez. La pediatra dejó a su suerte a la recién nacida por casi cuatro horas, ya que aun cuando asentó en su primera nota que el pronóstico era reservado, no llevó a cabo ninguna otra valoración sino hasta las 12:15 (evidencia 3), a pesar de su delicado estado de salud. Esto se

robustece con el dicho del quejoso al señalar que cuando habló con la pediatra ésta le refirió que aún no la revisaba (antecedente 1).

Por su parte, el doctor Escobedo Bernal es responsable de no haberle prestado ninguna atención a la niña sino hasta aproximadamente cinco horas después de haber iniciado su turno, no obstante que desde el momento en que entró a laborar tuvo conocimiento de su estado de salud tan delicado, según manifestó él mismo al rendir su informe (antecedente 6). La única nota que asentó en el expediente clínico fue a la 1:35, en la cual señala que llamó al 080 y solicitó apoyo al SAMU. No pasa inadvertido el hecho de que en el expediente clínico de la recién nacida Anette del Rosario Aguirre Álvarez se asentaron datos falsos, lo que se acredita con la nota de la 1:30 de la madrugada del 18 de mayo de 2002, de la que se desprende que supuestamente ésa fue la hora en que se realizó la primera llamada al SAMU para solicitar el traslado de la menor, lo que se desvirtúa con la hoja de traslado secundario del Centro Regulador de Urgencias Médicas, en la cual se anotó como hora del reporte las 3:40 horas del mismo día, en realidad cerca de hora y media antes del deceso de la recién nacida. Se robustece lo anterior con el informe rendido por los médicos reguladores del SAMU en el mismo sentido que los datos asentados en la hoja de traslado secundario.

Con independencia del actuar de los servidores públicos involucrados al proporcionar una deficiente y escasa atención médica, es notorio que, en general, la atención que se proporciona en el Hospital Regional de Magdalena es precaria en virtud de que, como se desprende de los expedientes clínicos, la recién nacida no fue revisada desde las 12:15 horas del 17 de mayo hasta la 1:35 del 18 del mismo mes; es decir, poco más de trece horas. Si consideramos que la doctora Raquel Real Ledesma tiene un turno de las 7:00 a las 14:30 horas y el doctor Escobedo Bernal de las 20:00 a las 8:00 horas, es de suponerse que durante seis horas de la tarde del 17 de mayo no hubo un médico responsable que vigilara el estado de salud de Anette del Rosario Aguirre Álvarez. Se observa que hay un deficiente control del desempeño del personal, por parte de las autoridades administrativas del Hospital. Asimismo, las anotaciones de enfermería se hicieron sin ningún control y sin cumplir con lo que marca la NOM-007-SSA2-1993.

Los médicos responsables dejaron de observar las disposiciones previstas en las NOM-168-SSA1-1998 y NOM-007-SSA2-1993 que a continuación se describen:

NOM-168-SSA1-1998. Del expediente clínico.

7. De las notas médicas en urgencias. 7.1 Inicial. Deberá elaborarla el médico y deberá contener lo siguiente... 7.1.2 Signos Vitales.

7.2 Nota de evolución. Deberá elaborarla el médico cada vez que proporciona atención al paciente y las notas se llevarán a efecto conforme a lo previsto en el numeral 6.2 de la presente norma." (6.2 Nota de evolución. Deberá elaborarla el médico cada vez que proporciona atención al paciente ambulatorio, de acuerdo con el estado clínico del paciente...)

8. De las notas médicas en hospitalización. 8.1 De ingreso. Deberá elaborarla el médico que ingresa al paciente y deberá contener como mínimo los datos siguientes: 8.1.1 Signos Vitales... 8.1.5 Pronóstico...

NOM-007-SSA2-1993. Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.

5.1.3 La atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y al recién nacido, debe ser impartida con calidad y calidez en la atención.

5.4.1.1 A toda mujer que ingrese para atención obstétrica se le elaborará, en su caso, el expediente clínico, la historia clínica, así como el partograma.

5.4.1.5 En los hospitales se requiere la existencia de criterios técnicos médicos por escrito para el uso racional de tecnologías como la cardiotocografía y el ultrasonido.

5.4.2 El control de trabajo de parto normal debe incluir:

5.4.2.1 La verificación y registro de la contractilidad uterina y el latido cardíaco fetal, antes, durante y después de la contracción uterina al menos cada 30 minutos...

5.4.2.3 El registro del pulso, tensión arterial y temperatura como mínimo cada cuatro horas, considerando la evolución clínica.

5.4.5 Los datos correspondientes al resultado del parto deben ser consignados en el expediente clínico y en el carnet perinatal materno incluyendo al menos los siguientes datos:

Condiciones del recién nacido al nacimiento: sexo, peso, longitud, perímetro cefálico, apgar al minuto y a los cinco minutos, edad gestacional, diagnóstico de salud...

Del dictamen emitido por peritos del IJCF se observa que la supervivencia y calidad de vida de la recién nacida que se asfixió dependían en parte de la

anticipación, reconocimiento y manejo adecuado de las complicaciones mencionadas. Debió empezarse con un adecuado tratamiento y evaluación del periodo de trabajo de parto, evitando en lo posible los periodos de expulsión prolongados, lo que no ocurrió en el presente caso, ya que sólo en la nota de ingreso se signa la frecuencia cardiaca fetal, que se encontró en parámetros anormales, situación que nunca se tomó en cuenta, ya que puede implicar sufrimiento fetal y alto riesgo de asfixia neonatal. Además, si no se cuenta con la infraestructura adecuada para una cesárea de urgencia, en ese caso se debió derivar a la paciente a otro nivel de atención lo antes posible. En todas las notas médicas asentadas en los expedientes clínicos de María del Rosario Álvarez Hernández y su niña recién nacida se indica que los médicos tomaron una actitud expectante más que participativa, lo que no les permitió darse cuenta de los problemas que presentaba la paciente. Debieron ser conscientes de que la persona que va a atender a un recién nacido debe estar preparada para valorar adecuadamente su estado desde el mismo momento en que el ginecoobstetra lo pone en sus manos; valorar desde antes del nacimiento la necesidad de otro nivel de atención, además de que en pacientes con dificultad respiratoria o asfixia neonatal, cuando menos se necesita una placa de tórax y una gasometría, que no se realizaron. El sufrimiento fetal y el parto prolongado son indicativos de cesárea; la vigilancia experta es indispensable para el pronto reconocimiento de los síntomas de sufrimiento fetal. Esto demuestra que el actuar de los doctores fue contrario a lo que establece el artículo 61 de la Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Jalisco, en cuanto a que no prestaron el servicio con la eficiencia y debida diligencia en el desempeño de su empleo.

Se observa que los médicos responsables contravienen lo establecido en el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos que en la parte que interesa se transcribe:

Artículo 4º.- ...Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución... Los niños y las niñas tienen derecho a la satisfacción de sus necesidades de alimentación, salud, educación y sano esparcimiento para su desarrollo integral...

También se transgredieron los puntos 1 y 2 del artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos que rezan:

Artículo 25.- 1. 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 u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad. 2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.

De igual forma se incurre en incumplimiento de los siguientes instrumentos internacionales que ya fueron firmados y ratificados por México:

Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre

Artículo I. Todo ser humano tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona.

Artículo VII. Toda mujer en estado de gravidez o en época de lactancia, así como todo niño, tienen derecho a protección, cuidados y ayuda especiales.

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.

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales

Artículo 10. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen que: [...] 2. Se debe conceder especial protección a las madres durante un periodo de tiempo razonable antes y después del parto...

Artículo 12.1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. 2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para: a) La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños... d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales

Artículo 10. Derecho a la salud. 1. Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social. 2. Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud, los Estados Partes se comprometen a reconocer a la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho: a) La atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad...

Declaración de los Derechos del Niño

Principio 4. El niño debe gozar de los beneficios de la seguridad social. Tendrá derecho a crecer y desarrollarse en buena salud; con este fin deberán proporcionarse, tanto a él como a su madre, cuidados especiales, incluso atención prenatal y postnatal. El niño tendrá derecho a disfrutar de alimentación, vivienda, recreo y servicios médicos adecuados.

Convención sobre los Derechos del Niño

Artículo 6.1. Los Estados Partes reconocen que todo niño tiene el derecho intrínseco a la vida. 2. Los Estados Partes garantizarán en la máxima medida posible, la supervivencia y el desarrollo del niño.

Artículo 24.- Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios. 2. Los Estados Partes asegurarán la plena aplicación de este derecho y, en particular, adoptarán las medidas apropiadas para: a) Reducir la mortalidad infantil y en la niñez; b) Asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de salud... d) Asegurar atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada a las madres...

Igualmente, la Ley General de Salud, en sus artículos 2º, fracciones I, II y V; 27, fracciones III y IV; 33, fracción II y 51, establece al respecto:

Artículo 2°. El derecho a la protección de la salud, tiene las siguientes finalidades: 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...

Artículo 27. Para los efectos del derecho a la protección de la salud, se consideran servicios básicos de salud los referentes a: ... III. La atención médica, que comprende actividades preventivas, curativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias; IV. La atención materno-infantil...

Artículo 33. Las actividades de atención médica son: ... II. Curativas, que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno...

Artículo 51. Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.

El Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica señala en sus numerales 8, fracción II; 48, 73, 74 y 235, lo siguiente:

Artículo 8. Las actividades de atención médica son: ... II. CURATIVAS: Que tienen por objeto efectuar un diagnóstico temprano de los problemas clínicos y establecer un tratamiento oportuno para resolución de los mismos...

Artículo 48. Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.

Artículo 73. El responsable del servicio de urgencias del establecimiento, está obligado a tomar las medidas necesarias que aseguren la valoración médica del usuario y el tratamiento completo de la urgencia o la estabilización de sus condiciones generales para que pueda ser transferido.

Artículo 74. Cuando los recursos del establecimiento no permitan la resolución definitiva del problema se deberá transferir al usuario a otra institución del sector, que asegure su tratamiento y que estará obligada a recibirlo.

Artículo 235. El acto u omisión contrario a los preceptos de este Reglamento y a las disposiciones que de él emanen, podrá ser objeto de orientación y educación de los infractores independientemente de que se apliquen, si procedieren, las medidas de seguridad y las sanciones correspondientes.

La Constitución Política del Estado de Jalisco prevé lo relativo a la responsabilidad de los médicos aquí mencionados en sus artículos 90 y 91, en concordancia con lo que dispone la Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Jalisco en el numeral 61, fracción I.

Artículo 90. Los servidores públicos del Estado y de los municipios serán responsables por los actos u omisiones en que incurran en el desempeño de sus respectivas funciones.

Artículo 91. Los servidores públicos pueden incurrir en responsabilidad política, penal, administrativa y civil, que será determinada a través de: ... III. El procedimiento administrativo...

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...

Respecto a la Ley Estatal de Salud, los artículos que se dejan de observar son similares a las disposiciones de la Ley General de Salud ya analizados:

Artículo 2°. Son finalidades de la presente ley: I. El bienestar físico y mental del hombre, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades; II. La protección y la prolongación de la vida humana así como el mejoramiento de su calidad... V. El acceso a los servicios de salud que satisfagan eficaz y oportunamente, las necesidades de la población...

Artículo 86. Son servicios públicos a la población en general, los que se proporcionen en establecimientos públicos de salud a los habitantes del Estado, que así lo requieran, regidos por criterios de universalidad y de gratitud, fundados en las condiciones socioeconómicas de los usuarios. Los prestadores de servicios públicos de salud cumplirán, en la atención de los usuarios, con los criterios de calidad y oportunidad que se establecen en las Normas Oficiales Mexicanas.

Artículo 93. Los usuarios tienen derecho a obtener servicios de salud con oportunidad y a recibir atención profesional y éticamente responsable.

Independientemente de los motivos de inconformidad, de las investigaciones practicadas durante la integración del expediente de queja también se logró

acreditar que en el Hospital Regional de Magdalena carecen del personal médico especializado que, conforme a los lineamientos establecidos para el caso en concreto, requiere este tipo de nosocomios, con lo que también se verifica una violación de los derechos a la protección de la salud, ya que con ello se proporciona una deficiente, retrasada e inadecuada prestación de los servicios médicos.

En efecto, el doctor Raymundo Felipe Serrano Enríquez, director del Hospital Regional de Magdalena, al momento de rendir su informe de ley y cuando fue entrevistado por personal de este organismo, señaló que en este caso se otorgó la atención médica con los recursos disponibles, que el manejar a un recién nacido en estado de salud delicado implica condiciones de capacidad y equipamiento no disponibles en la unidad a su cargo; también dijo que en los cuneros no cuentan con un ventilador o respirador, en virtud de que es muy costoso, además de que para ello requerirían de personal especializado para manejarlo, y consideró que el principal problema que tienen es precisamente la falta de médicos.

El personal del Hospital Regional de Magdalena lo constituyen una enfermera y un médico general de guardia en urgencias las veinticuatro horas, con tres turnos: matutino, de 8:00 a 15:30; vespertino, de 14:00 a 21:30 y nocturno, de 20:00 a 8:00. De lunes a viernes, en el matutino cuentan con las especialidades de ginecología, medicina interna, pediatría, ortopedia, anestesiología y cirugía general; en el vespertino laboran un pediatra, un anesthesiólogo, un cirujano general y un ginecoobstetra. En el nocturno, los días martes, jueves y domingo (A), sólo cuentan con un anesthesiólogo y un ginecólogo; los lunes, miércoles y viernes (B) únicamente está el servicio de urgencias. Sábados, domingos y días festivos trabajan un anesthesiólogo, un cirujano general y dos médicos en urgencias.

En virtud de lo anterior y previo análisis de la plantilla de personal, se considera que para que se complete el personal requerido por las normas de la materia únicamente se necesita contratar a un médico pediatra que se encargue de cubrir el turno vespertino los días lunes y martes; esto, en razón de que efectivamente el director del Hospital Regional de Magdalena acreditó que el 29 de abril de 2003 se autorizó la plaza de un médico pediatra; sin embargo, solamente labora en el

turno vespertino de miércoles a domingo, y queda aún sin cubrir el mismo turno en los días lunes y martes.

Con el informe rendido por el secretario técnico del Consejo Estatal para la Prevención de Accidentes y con la hoja de traslado secundario del Centro Regulador de Urgencias Médicas, se robustece el hecho de que en el Hospital Regional de Magdalena no contaban con pediatra ni equipo suficiente para la atención de la recién nacida Anette del Rosario Aguirre Álvarez.

En el dictamen que rindieron peritos del IJCF, al respecto se señaló que existe responsabilidad institucional del Hospital Regional de Magdalena, en virtud de que a pesar de tratarse de un hospital de segundo nivel de atención, no tiene personal calificado en las especialidades básicas para cubrir las veinticuatro horas, además de no proporcionar a su personal el equipo médico indispensable de atención, lo que se corroboró con lo que informó la doctora Raquel Real Ledesma, al manifestar que no había pediatra en los turnos vespertino y nocturno.

Es importante mencionar que el Hospital Regional de Magdalena está obligado a mantener por la tarde a un médico pediatra, según los Lineamientos y Criterios de Estructura Progresiva para la Integración de Recursos Humanos en Hospitales Generales de 30 camas censables que fue proporcionado en copia simple por el director del nosocomio, en donde no se tiene previsto este tipo de especialista en el turno nocturno. Fue precisamente la carencia de este médico un factor en el deceso de Anette del Rosario Aguirre Álvarez, si se toma en cuenta que la única atención que recibió fue por parte del urgenciólogo Carlos Ramón Escobedo Bernal, quien brindó una atención inadecuada.

Ya en una ocasión esta Comisión se pronunció a favor de la salud (recomendación 3/2000) al señalar que los derechos a los servicios de salud de calidad son esenciales para elevar el nivel de vida de la población y un elemento central de la modernización que México persigue.

El derecho a recibir la mejor atención médica y hospitalaria posible implica exigir del hospital, máxime si es una institución pública, la necesaria dotación

tecnológica y del personal de salud y administrativo del área; una excelente capacitación técnico-profesional capaz de mantener al día sus conocimientos y habilidades, y la suficiente autocrítica para solicitar ayuda o transferir el caso. Esto no es nada más exigible en cuestiones clínico-médicas, sino en los empleados en cuyas manos están la eficiencia operativa y el perfecto funcionamiento de aparatos y maquinaria hospitalaria.

El Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica prevé en sus artículos 21, 26 y 70 el personal con que debe contar un hospital como el Regional de Magdalena.

Artículo 21. En los establecimientos donde se proporcionen servicios de atención médica, deberá contarse, de acuerdo a las Normas Técnicas correspondientes, con personal suficiente e idóneo.

Artículo 26. Los establecimientos que presten servicios de atención médica, contarán para ello con los recursos físicos, tecnológicos y humanos que señale este Reglamento y las normas técnicas que al efecto emita la Secretaría.

Artículo 70. Los hospitales se clasificarán atendiendo a su grado de complejidad y poder de resolución en:

I. HOSPITAL GENERAL: Es el establecimiento de segundo o tercer nivel para la atención de pacientes, en las cuatro especialidades básicas de la medicina: Cirugía General, Gineco-Obstetricia, Medicina Interna, Pediatría y otras especialidades complementarias y de apoyo derivadas de las mismas, que prestan servicios de urgencias, consulta externa y hospitalización...

Una vez que fueron analizados los hechos de la queja y valoradas las pruebas presentadas por las partes, se concluye que la recién nacida Anette del Rosario Aguirre Álvarez perdió la vida a consecuencia de la negligencia de los médicos José Antonio Rivera Robles, Raquel Real Ledesma y Carlos Ramón Escobedo Bernal. La atención que recibieron ella y su madre María del Rosario Álvarez Hernández en el Hospital Regional de Magdalena fue deficiente, con lo que se demostró la responsabilidad institucional del nosocomio de referencia al no contar con el equipo y las especialidades médicas requeridas para la atención al público las veinticuatro horas.

Por último, del Manual de Organización del Hospital Regional se desprende que en las diferentes regiones existe un Comité de Mortalidad Hospitalaria Materna y Perinatal. Su objetivo es reducir los índices de mortalidad al determinar los factores causantes o concurrentes en el hecho, que contribuyan a explicar la naturaleza de las muertes. Por ello, dada la forma en que acontecieron los hechos, este organismo considera que dicho comité debe conocerlos para determinar las mejoras administrativas y de práctica para evitar en el futuro casos como el presente.

IV. REPARACIÓN DEL DAÑO

Este organismo sostiene que la violación del derecho a la protección de la salud, con las consecuencias fatales que en este caso se dieron, merece una justa reparación del daño como acto simbólico y elemento fundamental para crear conciencia del principio de responsabilidad. Es un medio de enmendar simbólicamente una injusticia y un acto de reconocimiento del derecho de las víctimas y de la persona humana.

La reparación del daño es un mecanismo reconocido por el derecho internacional para enfrentar la impunidad en la violación de los derechos humanos, es la justa reparación, facultad otorgada a esta Comisión Estatal de Derechos Humanos por el numeral 73 de la Ley que la rige, misma que refiere:

Artículo 73. Una vez agotadas las etapas de integración del expediente de queja, el visitador general deberá elaborar un proyecto de resolución [...] El proyecto de recomendación [...] deberán señalar las medidas que procedan para la efectiva restitución de los derechos fundamentales de los afectados y, en su caso, la reparación de los daños y perjuicios que se hubiesen ocasionado...

En ocasiones los criterios internacionales rebasan las escuetas legislaciones nacionales y locales en esta materia. No obstante, es deber de este organismo promover y evidenciar que la aplicación de los primeros es obligatoria cuando son ratificados por México de conformidad con los artículos 133 de la Constitución federal y 4° de la Constitución local. Por lo que podemos señalar

que en virtud de que la Corte Interamericana de Derechos Humanos es el órgano autorizado por la propia Convención Americana sobre Derechos Humanos para interpretar sus artículos, de la que México ha reconocido competencia. Por ello, la interpretación que de ellos hace la Corte es vinculatoria para México y, por ende, para Jalisco. Al respecto, los artículos 62 y 63 establecen lo siguiente:

Artículo 62. 1. Todo Estado Parte puede, en el momento del depósito de su instrumento de ratificación o adhesión de esta Convención, o en cualquier momento posterior, declarar que reconoce como obligatoria de pleno derecho y sin convención especial, la competencia de la Corte sobre todos los casos relativos a la interpretación o aplicación de esta Convención. 2. La declaración puede ser hecha incondicionalmente, o bajo condición de reciprocidad, por un plazo determinado o para casos específicos. Deberá ser presentada al Secretario General de la Organización, quien transmitirá copias de la misma a los otros Estados Miembros de la Organización y al Secretario de la Corte. 3. La Corte tiene competencia para conocer de cualquier caso relativo a la interpretación y aplicación de las disposiciones de esta Convención que le sea sometido, siempre que los Estados partes en el caso hayan reconocido o reconozcan dicha competencia.

Artículo 63. 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...

En uso de sus facultades, la Corte ha asentado los siguientes criterios. Respecto de la obligación de reparar el daño, resulta conveniente invocar el punto 25 de la obra Repertorio de Jurisprudencia del Sistema Interamericano de Derechos Humanos, tomo II, 1998, que dice:

Es un principio de Derecho Internacional, que la jurisprudencia ha considerado, incluso una concepción general de derecho, que toda violación a una obligación internacional que haya producido un daño, comporta el deber de repararlo adecuadamente. La indemnización, por su parte, constituye la forma más usual de hacerlo...

En su punto 44 asienta:

La obligación contenida en el artículo 63.1 de la Convención es de derecho internacional y éste rige todos sus aspectos, como por ejemplo, su extensión, sus modalidades, sus beneficiarios, etc. Por ello, la presente sentencia impondrá obligaciones de derecho internacional que no pueden ser modificadas ni suspendidas en su cumplimiento por el Estado obligado invocando para ello disposiciones de su derecho interno...

El punto 49 establece:

El derecho se ha ocupado de tiempo atrás del tema de cómo se presentan los actos humanos en la realidad, de sus efectos y de la responsabilidad que originan [...] La solución que da el derecho en esta materia consiste en exigir del responsable la reparación de los efectos inmediatos de los actos ilícitos, pero sólo en la medida jurídicamente tutelada. Por otra parte, en cuanto a las diversas formas y modalidades de reparación, la regla de la *restitutio in integrum* se refiere a un modo como puede ser reparado el efecto de un acto ilícito internacional...

La restitución plena del derecho violado (*restitutio in integrum*) es abordada en el punto 26:

La reparación del daño ocasionado por la infracción de una obligación internacional consiste en la plena restitución, lo que incluye el restablecimiento de la situación anterior y la reparación de las consecuencias que la infracción produjo y el pago de una indemnización como compensación por los daños patrimoniales y extrapatrimoniales incluyendo el daño moral.

El punto 27 reza:

La indemnización que se debe a las víctimas o a sus familiares en los términos del artículo 63.1 de la Convención, debe estar orientada a procurar la *restitutio in integrum* de los daños causados por el hecho violatorio de derechos humanos. El *desideratum* es la restitución total de la situación lesionada, lo cual, lamentablemente es a menudo imposible, dada la naturaleza irreversible de los perjuicios ocasionados. En esos supuestos, es procedente acordar el pago de una “justa indemnización” en los términos lo suficientemente amplios para compensar, en la medida de lo posible, la pérdida sufrida.

Los criterios para la liquidación del lucro cesante y el daño moral se expresan con claridad en el punto 87:

En el presente caso, la Corte ha seguido los precedentes mencionados. Para la indemnización del lucro cesante ha efectuado una apreciación prudente de los daños y para la del daño moral, ha recurrido a los principios de equidad.

La reparación de las consecuencias de la medida o situaciones que ha configurado la vulneración de derechos, se expone en los puntos 5 y 10 del mismo Repertorio de Jurisprudencia del Sistema Interamericano de Derechos Humanos que dicen:

5. Difícilmente se podría negar que a veces la propia reparación de violaciones comprobadas de derechos humanos en casos concretos, pueda requerir cambios en las leyes nacionales y en las prácticas administrativas [...] La eficacia de los tratados de derechos humanos se mide, en gran parte, por su impacto en el derecho interno de los Estados Partes. No se puede legítimamente esperar que un tratado de derechos humanos se "adapte" a las condiciones prevalecientes al interior de cada país, por cuanto debe, *a contrario sensu*, tener el efecto de perfeccionar las condiciones de ejercicio de los derechos por él protegidos en el ámbito del derecho interno de los Estado Partes.

10... El incumplimiento de las obligaciones convencionales, como se sabe, compromete la responsabilidad internacional del Estado, por actos u omisiones, sea del Poder Ejecutivo, sea del Legislativo, sea del Judicial. En suma, las obligaciones internacionales de protección, que en su amplio alcance vinculan conjuntamente todos los poderes del Estado, comprenden las que se dirigen a cada uno de los derechos protegidos, así como las obligaciones generales adicionales de respetar y garantizar estos últimos, y de adecuar el derecho interno a las normas convencionales de protección tomadas conjuntamente...

El deber de indemnizar se fundamenta además, en la Declaración sobre los Principios Fundamentales de Justicia para las Víctimas de Delitos y del Abuso de Poder, proclamada por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas el 29 de noviembre de 1985, que señala en los puntos 4 y 11:

4. Las víctimas serán tratadas con compasión y respeto por su dignidad. Tendrán derecho al acceso a los mecanismos de la justicia y una pronta reparación del daño que hayan sufrido, según lo dispuesto en la legislación nacional.

11. Cuando funcionarios públicos u otros agentes que actúen a título oficial o cuasioficial hayan violado la legislación penal nacional, las víctimas serán

resarcidas por el Estado cuyos funcionarios o agentes hayan sido responsables de los daños causados...

Asimismo, la reparación del daño se fundamenta en el principio general de buena fe al que deben apegarse todos los actos de autoridad, en congruencia con la obligación constitucional y legal de conducirse con la lealtad debida al pueblo, titular originario de la soberanía, en los términos del artículo 39 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

En México, buscando armonizar nuestras leyes con el derecho internacional, se modificó el artículo 113 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y se creó la Ley de Responsabilidad Patrimonial del Estado de Jalisco. En esta última se regula respecto de la responsabilidad objetiva y directa del Estado que con motivo de su actividad administrativa irregular cause en los bienes o derechos de los particulares, quienes serán acreedores a una indemnización conforme a estas dos leyes, ambas en vigor a partir del 1 de enero del año que transcurre. Esta Comisión es consciente de que los hechos sucedieron en fecha distinta a la entrada en vigor de la ley citada, sin embargo, se apela a la buena fe, a la moral, a la ética y a la responsabilidad solidaria que debe tener el estado para con sus gobernados.

Con base en los mencionados criterios de derecho federal e internacional y su superioridad jerárquica respecto de la ley local, este organismo considera obligado que la Secretaría de Salud Jalisco, por sí o por medio de quien sus reglamentos indiquen, indemnice con justicia y equidad al agraviado, de conformidad con el artículo 73 de la Ley de la Comisión Estatal de Derechos Humanos, en relación con los artículos 2º, 161, 1387, 1390, 1391, 1393 y 1396 del Código Civil del Estado de aplicación supletoria para cuantificar la reparación del daño, así como el 500 y 502 de la Ley Federal del Trabajo; verifique solidariamente y ordene el pago de la reparación del daño, todo ello sin perjuicio de que si en el procedimiento legal que corresponda en contra de los servidores públicos responsables se les declara culpables, la institución pueda repetir en su contra.

El cumplimiento de esta indemnización tiene el significado de una justa reivindicación y el reconocimiento de la falta cometida, aunado al de una exigencia ética y política en el sentido de que el Gobierno estatal prevenga tales hechos y combata la impunidad al sancionarlos; finalmente, no es sólo responsabilidad del servidor público ejecutor, sino una responsabilidad solidaria de la Secretaría de Salud Jalisco, que está obligada a brindarle la preparación y todos los elementos necesarios para el mejor desempeño de sus labores.

En consecuencia, se procede a formular las siguientes:

V. CONCLUSIONES

Al doctor Alfonso Petersen Farah, en su carácter de titular de la Secretaría de Salud Jalisco, se le recomienda:

Primera. Se ordene efectuar el pago de la reparación del daño a los señores Efrén Aguirre Reyes y María del Rosario Álvarez Hernández, en los términos de las consideraciones emitidas en la presente resolución. Lo anterior, de forma solidaria, como un gesto de verdadera preocupación por las víctimas de los delitos y violaciones de los derechos humanos cometidas por servidores públicos estatales.

Segunda. Ordene a quien corresponda que tramite y concluya procedimiento administrativo en contra de los doctores José Antonio Rivera Robles, Raquel Real Ledesma y Carlos Ramón Escobedo Bernal, adscritos al Hospital Regional de Magdalena, con apego a las normas establecidas para dicho procedimiento, por las faltas en que incurrieron en la atención y tratamiento médico otorgado a María del Rosario Álvarez Hernández y Anette del Rosario Aguirre Hernández.

Al doctor Raymundo Felipe Serrano Enríquez, en su carácter de director del Hospital Regional de Magdalena, se le recomienda:

Primera. En virtud de la responsabilidad del Hospital de Magdalena de brindar una adecuada atención médica, se le solicita que de forma solidaria comparta la reparación del daño con la Secretaría de Salud. Lo anterior, en virtud de la solidaridad que debe existir entre ambos organismos.

Segunda. Gestione la contratación de un médico pediatra especialista para que se cubra la totalidad de turnos en el Hospital Regional de Magdalena, con lo que se completaría el personal requerido para el tipo de atención que otorga este nosocomio a la población.

Tercera. Gestione ante la Secretaría de Salud que autorice, asigne y ponga en funcionamiento un ventilador neonatal para el Hospital Regional de Magdalena y capacite a personal del nosocomio para su manejo a fin de evitar que en el futuro sucedan casos similares al que nos ocupa. En caso de ya contar con el ventilador, capacite al personal responsable de su funcionamiento.

Cuarta. Que entregue copia de esta recomendación al Comité de Mortalidad Hospitalaria Materna y Perinatal, para que realice el estudio y evaluación del fallecimiento de la menor Anette del Rosario Aguirre Álvarez. Esto, con fundamento en el punto IX, Descripción de Funciones, del Manual de Organización Hospital Regional, punto 1.0.5.

Al procurador de justicia del Estado, se le exhorta para que:

Primera. Ordene a quien corresponda que se inicie averiguación previa en contra de los doctores José Antonio Rivera Robles, Raquel Real Ledesma, Carlos Ramón Escobedo Bernal y quienes resulten responsables, por la responsabilidad que pudiera resultar al haber atendido con negligencia y abandono a María del Rosario Álvarez Hernández y a su hija, Anette del Rosario Aguirre Álvarez, quien falleció en el Hospital de Magdalena, Jalisco.

Esta recomendación pretende fomentar la equidad en salud, cuya cobertura de servicios no sólo sea completa, con igual oportunidad de acceso, utilización y

calidad, sino que permita examinar y corregir los factores que afectan la salud. Al emitir la presente recomendación, la Comisión Estatal de Derechos Humanos hace suya la sensibilidad con la que la Secretaría presta el servicio público de salud, el cual debe ser cada día de mejor calidad. En este único sentido deben ser interpretados los señalamientos y proposiciones emitidos, con los que sólo se pretende coadyuvar en el perfeccionamiento de su función. Esta Comisión reconoce los esfuerzos dedicados al equipamiento del Hospital Regional de Magdalena; sin embargo, es necesario realizar las mejoras necesarias para ampliar los servicios a la población y evitar que sucedan hechos como los narrados. Asimismo, es fundamental mejorar el control de la forma de actuar del equipo médico que lo integra, por lo que esta recomendación pretende ser una guía. De esta manera se da vigencia a la misión de los organismos de salud en Jalisco, cuyo lema es: “Mejorar la salud de los jaliscienses con servicios basados en la equidad, calidad y humanismo, y con la plena participación de la sociedad”.

Las anteriores recomendaciones son públicas, y serán difundidas de inmediato por los medios de comunicación de acuerdo con los artículos 76 y 79 de la Ley de la Comisión Estatal de Derechos Humanos y 91, párrafo I, de su Reglamento Interior.

Con fundamento en los artículos 72, 76, 77 y 78 de la ley de la materia y 104 de su Reglamento Interior, se informa a la autoridad a la que se dirige la presente recomendación que tiene diez días naturales, contados a partir de la notificación correspondiente, para que informe a este organismo si fue aceptada o no; en caso afirmativo, esta Comisión únicamente quedará en espera de las constancias que acrediten su cumplimiento, las cuales deberán presentarse dentro de los siguientes quince días hábiles a la fecha de aceptación.

Atentamente,

“Respetemos los derechos de las personas con discapacidad”

Carlos Manuel Barba García
Presidente