Recomendación 13/2007[1]
Guadalajara, Jalisco, 4 de diciembre de 2007
Asunto: violación del derecho a la protección
de la salud (negligencia médica) y a la vida.
Queja: 2776/03/IV

Licenciado Emilio González Márquez
Gobernador Constitucional del Estado, en su carácter de presidente
de la Junta de Gobierno del Organismo Público Descentralizado
Servicios de Salud Jalisco.

Síntesis

La inconformidad se inició con motivo de la comparecencia de las [quejosas a y b], en virtud de que la niña [agraviada], hija y nieta respectivamente de las comparecientes, perdió la vida después de ser sometida a una intervención quirúrgica para corregir un problema estético que se conoce como labio leporino (hendidura del labio superior) en las instalaciones del Organismo Público Descentralizado Instituto Jalisciense de Cirugía Reconstructiva, a consecuencia de las quemaduras sufridas en su cuerpo por unos guantes con agua caliente, colocados en el quirófano del citado instituto. A partir de las investigaciones realizadas quedó demostrado que existió imprudencia de personal médico, lo que acredita la violación del derecho a la protección de la salud y a la vida.

La Comisión Estatal de Derechos Humanos de Jalisco (CEDHJ), con fundamento en los artículos 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 4° y 10 de la Constitución Política del Estado de Jalisco; 4°; 7,° 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

[1] Los hechos que dieron origen a la queja 2776/03/IV ocurrieron en la administración estatal 2000-2006.

119, 120, 121 y 122 del Reglamento Interior de este organismo, examinó la queja 2776/03-IV, iniciada a favor de la niña fallecida [agraviada], por la posible violación de su derecho a la protección de la salud y a la vida atribuida a personal médico del Instituto Jalisciense de Cirugía Reconstructiva José Guerrerosantos.

I. ANTECEDENTES Y HECHOS

1. El día [...] compareció [las quejosas a y b], quienes se inconformaron a favor de [la niña agraviada] y en contra del personal médico del Instituto Jalisciense de Cirugía Reconstructiva José Guerrerosantos. Las comparecientes refirieron que en noviembre de 2003 acudió en gira de trabajo el entonces gobernador del estado de Jalisco, al municipio de Tuxcueca, durante la cual le solicitaron apoyo para atender el problema de la niña, consistente en un problema conocido como labio leporino y por ello fueron canalizadas a la Secretaría de Salud Jalisco. De ahí las derivaron al Instituto de Cirugía Reconstructiva, a donde acudieron los primero días de diciembre del citado año. En ese lugar, le practicaron un estudio de sangre, y aproximadamente a las 18:00 horas del día [...], la menor fue internada en la institución referida para que le fuera realizada una cirugía estética, la cual se inició a las 11:00 horas del día [...] del mismo año. A las 13:00 horas le informaron a la madre de la niña que ésta había tenido un paro cardiorrespiratorio, no le explicaron las causas, y le dijeron que iban a trasladarla al Hospital Civil de Guadalajara, donde permaneció en terapia intensiva hasta las 10:30 horas del [...] del citado año. Finalmente, la niña falleció, y a la madre le informaron que había llegado con muerte cerebral y no pudieron hacer nada para salvarla.

Personal de esta institución estuvo presente en el momento de la autopsia realizada por personal del Instituto Jalisciense de Ciencias Forenses (IJCF).

2. El día [...] se dictó acuerdo de calificación pendiente y se le solicitaron al director del Instituto de Cirugía Reconstructiva de la Secretaría de Salud Jalisco, copias certificadas del expediente clínico de la niña [agraviada]; además, que informara el nombre del personal médico que atendió quirúrgicamente a la citada paciente.

3. El día [...], se recibió el oficio [...], signado por el doctor José Guerrerosantos, presidente y director del Instituto Jalisciense de Cirugía Reconstructiva José Guerrerosantos, anexó copias simples del expediente clínico, que fueron debidamente cotejadas con su original por personal de esta institución. Además, informó que Celina Kishi Sutto, médica cirujana reconstructiva; María del Refugio Mercado Orozco, residente del tercer grado de la especialidad en cirugía reconstructiva, y Miguel Ángel González Rosado, médico anestesiólogo, son los que intervinieron en la atención quirúrgica de la menor agraviada.

4.El día [...] se recibió del servicio Médico Forense del (IJCF), copia certificada del resultado de la autopsia practicada el día [....] a la niña [agraviada].

5. El [...], mediante oficio [...]., el licenciado Miguel Ángel García Domínguez, director de la Coordinación de Asesores y Apoyo Jurídico del IJCF, adjuntó copia certificada del resultado de la necropsia practicada a la niña [agraviada].

6. El día [...], se remitió al área médica de éste organismo la totalidad de lo actuado, para que se emitiera un dictamen forense.

7. El día [...], se envió recordatorio al área médica de ésta institución para que agilizaran el dictamen solicitado.

8. Por oficio [...] del [...], la doctora Ana Isabel Neri Alonso, del área médica de este organismo, emitió el dictamen solicitado.

9. El día [...] se admitió la queja y se requirió el informe de ley a los médicos involucrados en la queja.

10. El día [...] se solicitaron al director del Hospital Civil Juan I. Menchaca copias certificadas del expediente clínico a nombre de [la agraviada].

11. En la misma fecha rindió su informe el doctor Miguel Ángel González Rosado, médico anestesiólogo. Señaló que el día [...], a las 7:30 horas, acudió al área de hospitalización del Instituto de Cirugía Reconstructiva, donde solicitó a la enfermera en turno el expediente de la paciente [agraviada]. Ahí mismo valoró preanestesia, para cirugía de corrección de labio hendido derecho, ya que estaba programada mediante queiloplastía. Interrogó a la madre de la paciente, y a ésta última la exploró y revisó sus exámenes de laboratorio. Terminada la valoración, y de acuerdo con la clasificación de la American Society of Anesthesiologists, se le otorgó una clase "1 = paciente saludable, por lo que se decidió por una anestesia general inhalatoria con intubación orotraqueal. Se le explicó a la madre el procedimiento y los riesgos. Elaboró la nota de preanestesia y acudió al área de quirófano para la preparación del equipo. Explicó el procedimiento que empleó y la aplicación del anestésico euflorano. Señaló que a pocos minutos de iniciada la cirugía, se presentó una baja en la oximetría hasta de 49 por ciento, baja en la frecuencia cardiaca, y procedieron a revisar la vía área en busca de acodamientos, para lo cual levantó los campos quirúrgicos y encontró la vía área sin acodamientos, y estables los signos vitales.

> VI ... en ese momento me solicitan ayuda en la sala uno para auxiliar a un compañero en problemas; dejo a la residente Alma Plascencia Álvarez a cargo, no sin antes verificar el buen estado de la paciente e indicar a la residente vigilancia estrecha, a los cinco minutos aproximadamente le llama la doctora Emma Martínez García, quien se encontraba en la cirugía y le dice que tiene gripa y que no escucha adecuadamente, que es necesario que escuche a la paciente, y enseguida tomó el control nuevamente y ya no lo dejo, pues se presenta en este momento una baja en la oximetría hasta 62%, en el EKG no hay trazo, pero en el estetoscopio encuentro frecuencia cardiaca de 100 latidos por minuto, por lo que la paciente no está en paro; conectó otro cardioscopia que se encuentra en la sala y corroboró que la baja en la oximetría es acompañada de una baja en la frecuencia cardiaca hasta de 100 latidos por minuto, el EKG muestra un ritmo sinusal, se indica 0.1 mg. De atropina ... Dado que la vía área se ha encontrado normal se decidió suspender la administración del anestésico, es decir se deja el auflorano en 0%, pensando de que se trate de una depresión miocárdica producida por el anestésico, razón por la que se indica atropina, se pide que se suspenda la cirugía y se auscultan ambos campos pulmonares, que están bien ventilados, sin fenómenos agregados, no hay datos de broncoespasmo, la oximetría sube nuevamente a 99% los ruidos cardiacos son rítmicos de buena intensidad con frecuencia de 100 por minuto, no hay rubor ni exantema cutáneo, llenado capilar normal, por lo que se descarta posible anafilaxia.

Se verifica la adecuada colocación de la cánula endotraqueal, bajo visión directa por laringoscopía, pensando que esta se encuentre abocada a la laringe y que ésta sea la causa en las bajas de la oximetría, encontrando la cánula bien colocada sin acodamientos ni obstrucciones, la frecuencia cardiaca empieza subir. Al termino de estas maniobras, que duran de 5 a 10 minutos aproximadamente, se percibe en la bolsa reservorio que la paciente inicia con leve automatismo respiratorio, incluso empieza a deglutir, y en vista de que faltan de 5 a 10 minutos de cirugía y la paciente esta saliéndose de plano anestésico, se decide continuar el procedimiento quirúrgico pues este ya no se puede suspender debido a que los colgajos quirúrgicos ya están realizados, por lo que reinicio el gas anestésico pero a una concentración menor, dejándola al 2% y, se mantiene la respiración controlada; en esos momento el EKVG con ritmo sinusal y frecuencia cardiaca de 140 latidos por minuto, y la oximetría en 99%, reanudándose la cirugía, por lo que me dedico a mantener una vigilancia estrecha de la paciente.

VII.- Diez minutos después, aproximadamente a las 10:00 horas, la paciente presenta baja en la oximetría hasta el 62%, se cierra de inmediato agente anestésico, euflorano 0% razón por la que se pide suspender la cirugía; se continúa con la respiración controlada, con baja en la frecuencia cardiaca, el EKG ritmo sinusal con FC de 100 por minuto, con llenado capilar normal, se indica 0,1 mg. de atropina IV (2 dosis), a la auscultación ruidos cardiacos rítmicos sin fenómenos agregados, ambos campos pulmonares bien ventilados sin fenómenos agregados, respiración controlada, EKG ritmo sinusal con 85 latidos por minuto, se indica atropina 0.1 mg. IV (3dosis) con llenado capilar lento, se indica a la enfermera circulante Rosalba Frías que nos preparemos para RCP en caso de que la frecuencia sea menor de 80 latidos por minuto (10) y que sea ella quien prepare los medicamentos, continúa la respiración controlada, campos pulmonares bien ventilados sin fenómenos agregados, frecuencia cardiaca baja a 75 latidos por minuto, doy masaje externos... sube la frecuencia cardiaca a 85 latidos por minuto, y continúa subiendo en esos momentos la oximetría en 94%, estaciona frecuencia cardiaca en 100 por minutos, se indica atropina 0.1 mg. IV (4dosis), se pide continúe cirugía, pues sólo falta uno o dos puntos, termina cirugía a las 10:20 diez horas con veinte minutos aproximadamente; durante el masaje se nota mucha interferencia en el electrocardiograma, por lo que se solicita que nos traigan otro, se cambia el EKG, el cual ya funciona sin problemas. EKG con ritmo sinusal frecuencia cardiaca de 140 latidos por minuto, a la exploración buen llenado capilar, ruidos cardiacos rítmicos con buena frecuencia, oximetría 96%, llega la señorita enfermera Fabiola Godínez, para asistirme en el paso y registro de medicamentos, pues necesito y estoy concentrado en la vigilancia estrecha de la paciente cuya frecuencia cardiaca empieza a bajar rápidamente, nos preparamos para RCP, se indica preparar adrenalina 1:1000; ..., al llegar la frecuencia cardiaca a 100 latidos por minuto, se indica atropina 0.1mg IV (5ª dosis), la frecuencia continúa bajando, EKG

bradicardia sinusal 90 latidos por minuto, oximetría 49%, se indica atropina 0.2 miligramos (6ª dosis), no hay respuesta al medicamento, EKB bradicardia sinusal Frecuencia cardiaca 79 por minuto se inicia de inmediato RCP por el doctor NIEBLES...; la frecuencia cardiaca bajo muy rápidamente hasta 25 latidos por minuto, se indica 0.3 miligramos de adrenalina de la jeringa de insulina IV...la paciente cae en asistolia. Inmediatamente posterior a aplicación de la adrenalina la frecuencia sube a 25 latidos por minuto y continúa subiendo gradualmente, al llegar a 85 latidos por minuto se suspende RCP, durante todo ese periodo se mantiene la ventilación controlada con 02 a 100% 3 litros por minuto, en el EKG ritmo sinusal con 85 de frecuencia cardiaca, misma que se corrobora en el pulso femoral, y por auscultación precordial, la oximetría sube a 99%, al llegar al frecuencia a 100 latidos por minuto se indica 0.1 mg de atropina (7ª dosis) llegando la frecuencia cardiaca hasta 140 por minuto EKG ritmo sinusal, oximetría 99%, auscultación FC 140 por minuto y campos pulmonares bien ventilados, cabe hacer mención que la duración del masaje cardiaco es de 7 minutos aproximadamente, tiempo que transcurre entre que la frecuencia es 79 por minuto, hasta que ésta llega a 85 por minuto. Se solicita se le tome la temperatura a la paciente, la que reporta en 36 grados centígrados, se indican medios físicos campos tibios para prevenir la baja de la temperatura porque ya no esta cubierta por los campos quirúrgicos y la tengo descubierta para su adecuada exploración, en tanto se continúa con la respiración controlada, EKG ritmo sinusal con frecuencia cardiaca de 140 por minuto oximetría en 99%, la enfermera circulante de nombre Rosalba Frías, le empieza a colocar a la paciente guantes llenos de agua caliente a fin de cumplir con mi indicación de medios físicos con campos tibios, me percato de ello en el mismo momento que se los está poniendo y solicito se los retire pues con eso se puede quemar a la paciente y se cambien por campos tibios, misma indicación que la lleva a cabo de inmediato, respondiéndome dicha enfermera que no los estaba poniendo, que los estaba quitando, informándome que la persona que se los había puesto a la paciente fue la doctora Emma Martínez García ... se va a valorar nuevamente su estado, cuando me percato de nueva cuenta que se encuentran otra vez guantes con agua caliente en el costado izquierdo de la paciente, desconociendo quien los haya colocado, ya que en la revisión anterior había constatado que no había guantes, por lo que indico enérgicamente a la enfermera circulante que reitre los guantes, pues le reitere que se corría el riesgo de quema a la paciente, la enfermera dice haberlos retirado todos y no haber puestos más, señalándome que desconoce quien los volvió a poner, procediendo esta a retirar los guantes inmediatamente, y al revisar las zonas donde se encontraban los guantes noté que no estaban quemadas dichas zonas, y constate que no había más guantes en el cuerpo de la niña, poniendo toda nuestra atención en mantener sus constantes vitales; se procede a solicitar atención de tercer nivel, dado que en el hospital no contamos con pediatra ni con ventilador en caso de requerirlo, ni con unidad de cuidados intensivos, ni se cuenta con gasómetro, a fin de valorar los gases arteriales.

Narró que la doctora Emma Martínez García fue la única que no se encontraba cuando ordenó quitar los guantes con agua, ni en la segunda ocasión, cuando se percató de la presencia de éstos, por lo cual considera que ésta pudo haberlos puesto por tercera vez, debido a sus entradas y salidas momentáneas del quirófano.

El cuerpo médico decide agilizar el traslado de la paciente, ya que en su condición, las quemaduras podrían agravar su situación, al necesitarse de urgencia un tratamiento y cuidado intensivo. La paciente fue enviada al Hospital Civil, acompañada en el asiento delantero de la ambulancia por su madre; en la parte trasera viajaban la paciente, el doctor Niebles, un miembro de la ambulancia y el anestesiólogo. Debido a que durante el traslado nuevamente detectó en la niña bradicardia sinusal de 78 latidos por minuto, se le dio RCP; al llegar al hospital se les explicó a los demás ocupantes lo sucedido, así como a su mamá.

Agregó que sobre el mismo hecho, las quejosas también presentaron denuncia penal, radicada en la agencia [...], de la Procuraduría General de Justicia del Estado, dentro de la averiguación previa [...], a la que también compareció a rendir su declaración.

12. La doctora Celina Verónica Kishi Sutto, jefa del Departamento de Investigación Clínica del Instituto Jalisciense de Cirugía Reconstructiva José Guerrerosantos, rindió informe en el que estableció que no intervino en la atención médico-quirúrgica motivo de la queja, pues no fue si no a las 7:55 horas del día [...], cuando ingresó al área de quirófanos del citado instituto para verificar qué personal de enfermería, anestesiología y residentes que laboraban ese día se encontraran listos para el inicio de la jornada quirúrgica, ya que en la programación de cirugía realizada junto con el doctor [...], cuando aclara que le fue asignado el paciente [...] en la sala 4. A las 10:10 horas del mismo día, se le informó que en la sala 5 la paciente tenía problemas. Al acudir a ella, el médico anestesiólogo le informó que la paciente había disminuido su frecuencia cardiaca y había bajado la oximetría hasta en 62 por ciento, debido a lo cual, por indicación directa del anestesiólogo se había suspendido la cirugía para que se recuperara la paciente. Así, se percató de

que el anestesiólogo se hacía cargo de la situación, como corresponde al protocolo médico Lex Artis. Después de que terminó su cirugía, acudió a la citada sala, en donde la situación de la paciente se había tornado delicada, pues nuevamente había bajado la oximetría y la frecuencia cardiaca, aunque para entonces ya habían acudido en auxilio diversos compañeros de otras salas, tanto médicos como enfermeras, y había mucho movimiento.

> ... escucho que el anestesiólogo indicó que se colocaran campos tibios a la paciente para evitar que cayera en hipotermia, percatándome que la doctora Emma Martínez, anestesióloga que también auxilio en la situación había acudido desde otra sala, le coloca a la paciente guantes con agua caliente, por lo que se le comenta sin recordar con exactitud quién lo hubiera hecho, que no era adecuado ya que con ello se podrían provocar quemaduras, a lo que respondió que ella personalmente estaría cuidando que dichos implementos no hicieran contacto con la piel de la niña, más es el caso que en algún momento dicha doctora sale de la sala y los guantes son dejados sin vigilancia directa y estrecha, por lo que en un momento se detecta que la paciente había sufrido quemaduras aproximadamente en el 5% cinco por ciento de su superficie corporal, de segundo grado y en forma superficial; en el mismo sentido, la Dra. Emma Martínez, le tomó la temperatura corporal a la paciente, utilizando para ello un termómetro rectal, exclamando en ese momento que la paciente tiene dilatación anal y borramiento de pliegues, situación que no me fue posible constatar, ya que en ese momento me encontraba en el extremo opuesto del quirófano...

Por el estado delicado de la paciente, el cuerpo médico decide trasladarla a un tercer nivel de atención médica. Para gestionar su traslado, solicitó al personal de trabajo social que pidiera una ambulancia y agilizara los trámites administrativos para el traslado de la paciente, y personalmente realizó varias llamadas telefónicas al Hospital Civil Viejo y al Hospital General de Occidente, en donde le informaron que no tenían camas disponibles, por lo que llamó al Hospital Civil Juan I. Menchaca, en cuya dirección gestionó el apoyo que requería la paciente, hasta que se autorizó una cama en terapia intensiva. Añadió que ella y la doctora María del Refugio Orozco se entrevistaron con la madre de la niña para explicarle la situación de ésta y sobre las quemaduras que sufrió. Le informaron sobre la conveniencia de trasladar a la paciente, lo que la madre entendió y aceptó.

Giró las instrucciones para que el equipo médico que había cubierto la operación integrado por la doctora María del Refugio Orozco y el médico

Hugo Niebles, residente que fungió como ayudante en la cirugía, así como el médico Miguel Ángel González Rosado, acompañaran a la paciente en su traslado.

Aclaró que si bien aparece su nombre en el expediente clínico, como médico tratante en las hojas de internamiento hospitalario, de diagnósticos y operaciones quirúrgicas, de programación de registro de anestesias y recuperación, y su firma en la nota postoperatoria, se debe a que en las primeras se anota el nombre del médico que atiende cada uno de esos trámites y que en forma provisional se marca como quien realizará la cirugía programada, pero según la programación se define con certeza el facultativo que habrá de realizarla, y reiteró que no participó en la cirugía, por lo que su rúbrica al calce de la nota postoperatoria obedece a lo ordenado en la NOM-090-SSA1-1994, para la organización y funcionamiento de las residencias médicas. Por ello, negó los hechos imputados, así como haber violado por acto u omisión, alguno de los derechos humanos de la niña [agraviada].

13. El 7 de febrero de 2005 se ordenó la apertura del periodo probatorio y se dio vista a la quejosa de los informes precitados.

14. Mediante oficio [...], suscrito por el médico Miguel Roberto Kumazawa Ichikawa, director del Nuevo Hospital Civil de Guadalajara Doctor Juan I. Menchaca, adjuntó un legajo de copias certificadas del expediente clínico a nombre de la niña [agraviada].

15. El 17 de marzo de 2005 se acordó requerir informe a los médicos Emma Martínez Macías, María del Refugio Orozco y Hugo Niebles Camacho, todos adscritos al Instituto de Cirugía Reconstructiva Doctor José Guerrerosantos, que intervinieron en la cirugía practicada a la paciente [agraviada] el día [...], pues según la información proporcionada por la doctora Celina Verónica Kishi Sutto y Miguel Ángel González Rosado, la anestesióloga Emma Martínez fue quien colocó a la paciente guantes con agua caliente y, a pesar de que dijo que estaría al cuidado, éstos le provocaron quemaduras a la niña.

17. El día [...], la doctora Emma Martínez García en su informe señaló que el día [...], se encontraba laborando en el Instituto de Cirugía Reconstructiva, en el quirófano 4, dando la anestesia al paciente [...], con diagnóstico de paladar

hendido, cuando le mandó llamar la doctora Alma María Plascencia, médica residente de anestesiología, quien se hallaba en el quirófano número 5, y le solicitó que la asistiera porque la paciente [agraviada] presentaba bradicardia y baja saturación. Al ver a la paciente, la auscultó y le comentó a la doctora Alma que no escuchaba frecuencia cardiaca. En ese momento llegó el médico anestesiólogo responsable del quirófano Miguel Ángel González, y él continúo con el manejo de la paciente, quien presentaba hipotermia. Emma Martínez le sugirió al médico elevar la temperatura con medios físicos, ignorando las maniobras que hubiera realizado. Posteriormente, se retiró al quirófano 4. Aclaró que fue sólo una sugerencia, pero físicamente no realizó ninguna maniobra.

18. El 14 de abril de 2005 se recibió el oficio [...], firmado por el licenciado Manuel Dávila Flores, director de Supervisión de Derechos Humanos de la Procuraduría General de Justicia del Estado, por medio del cual envió el diverso [...], suscrito por la licenciada Perla Georgina Macías Gómez, agente del Ministerio Público adscrita a la agencia [...], conjuntamente con un legajo de 51 copias certificadas de la averiguación previa [...].

19. El 19 de abril de 2005 rindió su informe María del Refugio Orozco Mercado. Señaló que era residente de tercer año en la especialidad de cirugía plástica y reconstructiva en el Instituto de Cirugía Reconstructiva, en donde realizan intervenciones quirúrgicas como adiestramiento, bajo la supervisión y responsabilidad del médico de base. Narró que desde el día [...], la paciente fue valorada por la doctora Celina Verónica Kishi Sutto y el grupo de residentes asignados a ella. Se le dio cita el día [...], a consulta externa para ver los exámenes de sangre y que la paciente no estuviera cursando un cuadro infeccioso. En esa misma fecha, a María del Refugio se le asignó la paciente, y a Hugo Niebles, residente de primer año, como ayudante. Luego, aproximadamente a las 8:20 horas del día [...], el anestesiólogo Miguel Ángel González recibe a la paciente en el quirófano 5 e inicia la anestesia general con intubación orotraqueal. Al parecer, en el momento en que se fijaba la sonda sufre un espasmo leve que el anestesiólogo resuelve e indica que pueden iniciar con el procedimiento quirúrgico. A los pocos minutos de iniciada la cirugía, la paciente presentó una baja en la oximetría y frecuencia cardiaca, por lo que se detiene la cirugía y retiran los campos quirúrgicos para

que el anestesiólogo revise la cánula orotraqueal. La encontraron sin obstrucción ni acotamientos; sube la oximetría a 99 por ciento y de nuevo se colocan los campos y reanudan la cirugía. Solicitan la ayuda del anestesiólogo y se queda la residente Alma, pero la paciente vuelve a tener baja de oximetría a 62 por ciento. Le llaman a la doctora Emma, de la sala 4, para que apoye a la residente Alma. Al poco tiempo llegó el anestesiólogo y detienen el procedimiento quirúrgico. Narra que la baja de oximetría se repitió en dos ocasiones más, hasta que terminaron la cirugía, y en ese momento bajó la frecuencia cardiaca y los anestesiólogos se prepararon para reanimación cardiopulmonar (RCP), hasta que fue estabilizada la niña y María del Refugio salió del quirófano para informarle a la madre de la niña lo ocurrido, así como del traslado al Hospital Civil Nuevo, al área de terapia intensiva. Cuando regresó al quirófano, le informaron que la paciente presentaba quemaduras en extremidad superior izquierda, de segundo grado superficial; en la pierna izquierda, quemadura superficial, y sobre el costado izquierdo del tronco, cerca del cinco por ciento de superficie corporal con quemaduras, al parecer producidas por guantes con agua caliente envueltos en campos (para manejarle la hipotermia). Curaron las quemaduras con sulfadiacina de plata, gasas y vendaje con técnica estéril; luego la trasladaron a las 13:00 horas, y a María del Refugio no le fue posible viajar en la ambulancia por falta de espacio, se fue siguiendo la ambulancia en su vehículo. Al llegar al área de urgencias del Hospital Civil Nuevo, no le permitieron dejar su carro y fue a estacionarlo en otro lugar. Después ya no le permitieron ver a la paciente porque estaba en terapia intensiva, y se mantuvo informada por vía telefónica sobre su estado.

20. El 26 de julio de 2005 se solicitó al Director del Instituto Jalisciense de Ciencias Forenses su colaboración a fin de que dicho organismo dictaminara respecto a la atención recibida por la niña [agraviada] por parte del personal médico señalado como presunto responsable en la presente queja.

21. El 26 de octubre de 2005 se recibió el oficio [...], suscrito por los doctores Alfonso García de León y Carmen Hernández Rosas, ambos, peritos forenses del Instituto Jalisciense de Ciencias Forenses. Sin embargo, se solicitó que se aclarara si existió negligencia, mala práctica u otra irregularidad en el actuar de los médicos involucrados.

22. Al no recibir la respuesta a la colaboración solicitada, nuevamente el 28 de febrero de 2006 se solicitó al director de Dictaminación Pericial del Instituto Jalisciense de Ciencias Forenses que girara instrucciones a los peritos firmantes del dictamen señalado anteriormente, a fin de emitir la aclaración solicitada.

23. El día [...], personal de esta Comisión se constituyó en la agencia [...] de la Procuraduría General de Justicia del Estado, y revisó la averiguación previa [...], en la que se aprobó el archivo en espera de mejores datos, con base en el artículo 100 del Código de Procedimientos Penales del Estado.

24. El 25 de mayo de 2006 se recibió el oficio [...], con la aclaración del dictamen suscrito por los doctores Alfonso García León y Carmen Hernández Rosas, peritos del Instituto Jalisciense de Ciencias Forenses, en el que rectifican las conclusiones emitidas.

II. EVIDENCIAS

1. Dictamen emitido por personal del Departamento Médico de la Comisión Estatal de Derechos Humanos, elaborado con base en el acta de queja por comparecencia del 8 de diciembre de 2003; en acta circunstanciada de la misma fecha; en copias del expediente clínico de la niña [agraviada] por parte del Instituto Jalisciense de Cirugía Reconstructiva y en el protocolo del Semefo, por la autopsia practicada a la menor el día [...], del cual destaca lo siguiente:

a) Nota de cirugía plástica y reconstructiva postoperatoria del día [...], elaborada a las 12:25 horas, de la paciente [agraviada], que contiene el aval de Miguel Ángel González Rosado, médico anestesiólogo y de las doctoras Kishi, Orozco y del médico doctor Niebles.

> [la agraviada], paciente lactante menor, femenino de 9 meses de edad que acude a través de su madre y abuela al Instituto de Cirugía Reconstructiva de la Secretaría de Salud Jalisco a las 18:00 horas del día [...] para ser internada por programación de cirugía estética por diagnóstico de Labio hendido completo derecho realizándole operación de Queiloplástica, el día [...] iniciando la cirugía a las 9:05 horas bajo anestesia general con Etrane 3%, presentando complicaciones trasanestésicas como broncoespasmo leve, que se rompe a presión positiva y oxígeno 100% etrane 3%,

bradicardia severa (baja de frecuencia cardiaca) administrando 0.1 mg. de atropina misma dosis por dos ocasiones más, presentando recuperación con frecuencia cardiaca 120 por minuto, se disminuye etrane a 2%, a los 10 minutos presenta nuevamente bradicardia hasta 70 por minuto administrando 0.2 mg. de atropina no logrando corrección, presentando asistolia (ausencia de latido cardiaco), reportando enfermería 35°C de temperatura, se le administra adrenalina e inicia resucitación Cardio pulmonar logrando corrección a los 5 minutos con frecuencia cardiaca de 80 por minuto y pasando dosis de atropina de 0.1 mg. logrando frecuencia cardiaca de 135 por minuto, saturación de oxígeno 99%, tensión arterial de 80/60 mmHg., estabilizando los signos vitales. Se colocaron medios físicos para mantener la temperatura normal por la baja de temperatura a 35°C produciendo quemadura de primer grado superficial en antebrazo izquierdo, pierna izquierda y flanco izquierdo, mencionando presentar ano atónico, se traslada a la Unidad de Cuidados Intensivos del Nuevo Hospital Civil.

b) Hoja de enfermería para pacientes quirúrgicos, del día [...], avalado por la enfermera Rosalba Frías:

Recibo paciente lactante menor para cirugía programada, se canaliza vena periférica inicio de anestesia general balanceada con intubación endotraqueal tubo 4.5 en este momento presenta espasmo respiratorio que cede con presión positiva.

Inicio de cirugía:

Presenta desaturación de oxígeno en varias ocasiones durante el tras-operatorio hasta de 62%, posteriormente se mantiene con frecuencia cardiaca de 150 por minuto y saturación de oxígeno entre 93 y 99%.

A las 10:00 horas presenta una frecuencia cardiaca de 70 por minuto, saturación de oxígeno del 62% y ésta baja hasta 42%, continua bradicardia. Se inicia la maniobra necesaria logrando corrección de bradicardia a 70 por minuto y pese a la continuación y dosis no se logra corrección, por lo que cae en asistolia (ausencia de latido cardiaco) y con temperatura de 35°C, se inicia resucitación cardiopulmonar y medios físicos para la temperatura normal: signos vitales estables y temperatura de 36°C.

Se aprecia quemadura superficial en antebrazo izquierdo, pierna y flanco. Se prepara el paciente para su traslado a una unidad de cuidados intensivos. Hora de traslado a las 13:00 horas con ventilación asistida.

c) Hoja de registro de enfermería de los días [...] preoperatorio, según la cual

se presentan los siguientes signos vitales permaneciendo en ayuno:

Día [...], a las 18:00 horas:

- Temperatura, 36°C
- Frecuencia respiratoria de 35 por minuto
- Pulso de 130 por minuto

A las 24:00 horas:
- Temperatura, 36.5 °C
- Frecuencia respiratoria de 35 por minuto
- Pulso de 120 por minuto

Día [...] a las 9:00 horas:

- Temperatura de 36.5°C
- Frecuencia respiratoria de 35 por minuto
- Pulso de 90 por minuto.

d) Valoración anestésica realizada el día [...], avalado por las doctoras Kishi y Orozco, y por el médico Niebles (antes de la cirugía). Muestras de laboratorio tomadas el día [...]:

- Hemoglobina de 12.5
- Hematocrito de 38.1
- Tiempo de protrambina de 14.84
- Tiempo de tramboplastina de 24.21
- Plaquetas
- Peso de 9 Kg.
- Producto gesta 1
- Hospitalizaciones (-)
- Cirugías (-)
- Transfusiones (-)
- Alergias (-)
- Convulciones (-)
- Vacunaciones completas
- Ayuno de 6 horas
- Primo con leucemia

e) Hoja de registro de anestesia:

Entra a quirófano el día [...], con previo ayuno de 6 horas, principiando la anestesia a las 8:20 horas, inicio de la operación a las 9:05 horas, finaliza la anestesia a las 10:00 horas y termina la cirugía a las 10:20 horas, administración de líquidos solución mixta de 180 ml.

Medicamentos administrados: (Transoperatorios)

- Tiopental 50 mg.
- Hidrocortisona de 100 mg.
- Cefotaxina de 100 mg.
- Atropina de 0.8 mg.
- Adrenalina de 0.3 mg.

f) Complicaciones transanestésicas:

Presenta bronco-espasmo (contracción anómala del músculo liso de los bronquios) a la intubación orotraqueal, la cual cedió a presión positiva; presenta baja de frecuencia cardiaca, baja de saturación de oxígeno, se baja concentración de anestésico, presenta nuevamente baja de frecuencia cardiaca y de saturación de 0.2, se pasa atropina, se cierra anestésico corrigiendo el problema y se reinicia anestésico. Presenta bradicardia severa con baja en la saturación de oxígeno, se pasa atropina, se cierra anestésico, se logra corrección de la bradicardia, se presenta de nuevo bradicardia, se pasa atropina, no corrige, cae en asistolia (ausencia de latido cardiaco), se inicia resucitación cardiopulmonar, se pasa adrenalina, sale del paro, se pasa atropina y corrige frecuencia cardiaca, se estabiliza y se traslada al Hospital Civil.

g) Resultado de la autopsia del Semefo:

Dictamen con número de oficio [...] del expediente [...] correspondiente a quien en vida llevaba el nombre de [agraviada], de nueve meses de edad, realizada el día [...] a las 18:30 horas practicada por el doctor Sergio Manuel Flores Santillán.

Con antecedentes de haber ingresado al Nuevo Hospital Civil el día [...] en fase III de ventilación, sin respuesta a estímulos, con un Glasgow (valoración escala neurológica óptima = 14 puntos y 3 es compatible con la muerte) de 3, pupilas midriáticas, arreflécticas, con sangrado fresco por la sonda oro-gástrica, la cual presenta alteraciones a nivel cardiopulmonar o abdominal. Quemaduras de segundo grado en región lumbar para-vertebral, antebrazo izquierdo y pierna del mismo lado, posteriormente se inicia con sangrado del tubo digestivo alto, abundante que requiere de transfusiones varias, complicándose con falla renal aguda, presentando retención de azoados y edema con datos de hipotensión arterial, administrando tratamiento y suspendiéndolo por presentar hipertensión y taquicardia. Cursando con deterioro neurológico progresivo, evolución tórpida, falleciendo no obstante el

tratamiento efectuado, el día [...] a las 4:45 horas.

Cadáver de sexo femenino en aparente regular estado general de nutrición, con moderada rigidez cadavérica y con livideces en la cara posterior del cuerpo. Talla de 66 centímetros. Perímetros: Cefálico de 44 centímetros, toráxico de 43 centímetros y abdominal de 42 centímetros y pie de 10 centímetros. Presentaba quemaduras de segundo grado localizadas en la cara posterior del hemitórax izquierdo, sobre la región lumbar de 6.5x3 cm. de extensión, en el antebrazo izquierdo de 5x3 cm. de extensión, muslo derecho cara interna de 3x1.5 cm. de extensión, en pierna izquierda cara externa de 15x4.5 cm. de extensión, causados por agente físico, además de herida quirúrgica en tercio superior suturada de 3 cm. de extensión. Como recursos de atención médica huellas de punción por aguja hipodérmica en región subclavia izquierda, pliegues anteriores de los codos y dorso de ambas manos.

Abiertas las cavidades se encontró: Cráneo, el encéfalo y cerebelo edematosos, con zona hemorrágicas profundas y con acentuado aplanamiento de las circunvoluciones; líquido céfalo-raquídeo de características normales. Cuello, traquea y esófago libres. Tórax, ambos pulmones antracóticos, congestionados al corte con signos francos de congestión, aumentados de volumen; el pericardio contenía unos 10 cc. de líquido seroso; el corazón ligeramente aumentado de volumen, al corte con signos francos de congestión vascular. Abdomen, el hígado ligeramente aumentado de volumen, con signos francos de congestión vascular, el bazo de forma y volumen normales, al corte daba barro esplénico, los riñones aumentados ligeramente de volumen, congestionados y sangrantes, estomago y asas intestinales distendidos por gases. Pelvis sin alteraciones. Examen Ginecológico, vello axilar y senos sin desarrollar; sus órganos genitales externos los tiene conformados como los de una niña; el himen integro, el ano sin datos de coito, la investigación de fosfatasa ácida dio resultados negativos.

Deduciendo.- Que la muerte de [la agraviada], se debió a las alteraciones causadas en los órganos interesados por las quemaduras descubiertas y a dos complicaciones, falla múltiple orgánica y muerte cerebral, causas directas y necesarias y que se verificó dentro de los sesenta días desde que aquellas se efectuaron. Avalan. Doctor Sergio M. Flores Santillán médico forense- Doctora María Mancelle Hoyos Soto.

h) Aspectos bibliográficos de temas inherentes al presente caso:

Quemaduras:

Lesiones de los tejidos producidas por energía térmica transmitida por radiación, productos químicos o contacto eléctrico que producen desnaturalización de las

proteínas, edema (inflamación) y pérdida de líquidos intravascular, debido a aumento de permeabilidad vascular.

Las quemaduras térmicas:

Pueden deberse al efecto de cualquier fuente de calor capaz de elevar la temperatura de la piel y de las estructuras profundas hasta un nivel que produce la muerte celular y la coagulación de las proteínas o calcinación. Las causas más frecuentes y los objetos o gases calientes que contactan con la piel. La extensión y profundidad de la quemadura depende de la cantidad de energía transferida desde la fuente. La diferencia en pérdida de calor desde la superficie hasta los tejidos profundos es la causa de que la piel relativamente normal coexista con necrosis muscular profunda; causando liberación de mioglobina e insuficiencia renal aguda.

i) Síntomas y signos:

La profundidad de la quemadura se clasifica como de primer, segundo o tercer grado. Las de primer grado son rojas y muy sensibles al tacto. La superficie se blanquea claramente a la presión suave y no se producen ampollas.

Las quemaduras de segundo grado pueden producir ampollas o no. La base de las ampollas puede ser eritematosa o blanquecina, con un exudado fibrinoso. Son sensibles al tacto y pueden blanquearse a la presión.

Las quemaduras de tercer grado no suelen producir ampollas, la superficie de la quemadura puede ser blanca y flexible, negra, calcinada y coriácea o rojo brillante.

Complicaciones de una quemadura:

- Secuelas sistemáticas, por ejemplo, colapso circulatorio hipovolémico, infección.
- Alteración ventilatoria del tracto respiratorio.
- Vasoconstricción que produce una hipoperfusión periférica.
- Pérdida de la función y deformidad estética.
- Disminución grave en la inmunidad, en las defensas inmunológicas.
- El tejido muerto, el calor, la hipoperfusión periférica y la humedad es terreno ideal para el crecimiento bacteriano.
- Antimicos cardiacos.- Producidos por hipovolemia, hipoxia y acidosis o hiperpotasemia.
- Presencia de anomalías metabólicas como:
- Hipopotasemia.- Disminución de potasio
- Hipoalbuminemia.- Pérdida de proteínas por el edema
- Acidosis metabólica.- Producida por mala perfución tisular debida a

hipovolemia (disminución de volumen sanguíneo) o insuficiencia cardiaca.
- Hipoperfusión (disminución en la reposición de líquidos).
- Mioglobinumia (presencia del globínico ferroso en orina).
- Hemoglobinumia (presencia anormal en la orina de hemoglobina).
- Hipotermia (reducción generalizada de la temperatura corporal).
- Congestión.- Cúmulo excesivo de líquidos en un órgano o área corporal.

j) Conclusiones:

Por lo anterior expuesto se concluye lo siguiente:

Que las circunstancias en las lesiones descritas en el protocolo de autopsia a la menor ahora fallecida [agraviada] se pueden establecer de la siguiente manera:

Alteraciones causadas por las quemaduras descritas interesando además los antecedentes durante la cirugía; desencadenando esto falla múltiple orgánica teniendo la siguiente secuencia:

- Exposición de estrés quirúrgico
- Complicaciones transoperatorias anestésicas
- Asistolia (ausencia de latido cardiaco)
- Producción de quemaduras de segundo grado
- Alteraciones metabólicas: Pérdida de líquidos
- Ayuno
- Quemaduras
- Exposición quirúrgica
- Pérdida insensibles (respiración, orina y sudoración)
- Falla múltiple orgánica
- Congestión pulmonar
- Congestión vascular hepática
- Congestión renal y sangrante.- Insuficiencia renal
- Encéfalo y cerebelo edematosos (acumulación anormal de líquido en los tejidos cerebrales) con zonas hemorrágicas, acentuado aplanamiento de circunvoluciones.
- Muerte cerebral

Lo anterior esta basado tanto en análisis del expediente clínico, la autopsia médico legal, en la práctica médica como en apoyo y bibliográfico.

2 Copia del expediente clínico elaborado en el Instituto Jalisciense de Cirugía Reconstructiva José Guerrerosantos, a favor de la niña [agraviada], del que sobresale:

a) Órdenes médicas para pacientes hospitalizados, mismo que señala:

Fecha y hora: 02-12-03, 12:25 hrs.

Nota CPR PO.

Paciente femenina de 9 meses de edad, el cual ingresa al quirófano con Dx. de labio hendido completo derecho para queiloplastía, sin antecedentes de importancia, a la EF normal. Se inicia inducción lenta 02 100% + Etrane 3%, 50 mgrs. Tiopental e intubación orotraqueal, sonda Portez 4.5 D.I. sin complicaciones, posterior a intubación presenta broncoespasmo leve que se rompe a presión positiva, mantenimiento 02 100% 3 litros x min. Etrane 3%, ventilación controlada, signos vitales saturación parcial 96% FC 120xmin, temperatura axilar 37°C. 1 hora 45 mins después presenta bradicardia severa, se inicia con atropina 0.1 se repite nuevamente 0.1 de atropina misma dosis por dos ocasiones más, se recupera, FC a 120xmin, se disminuye etranea 2% a los 10 minutos presenta nuevamente bradicardia hasta 70xmin, se pasa una dosis de atropina 0.2, sin lograr corrección cayendo el paciente en asistolia, se pasa adrenalina y se inicia RCP, logrando corrección a los 5 mins. hasta FC de 80 x min., se pasa dosis de atropina de 0.1 logrando FC de 135 x min., saturación del 99%, TA: 30/60 mmHg. Se aclara que al iniciarse nuevamente la bradicardia se cierra a 0% anestésico y 100% el 02, manteniendo los signos estables. Se colocaron medios físicos para mantener en temperatura normal, ya que baja la Temp. a 35°C, produciendo quemaduras de 1 grado superficial en antebrazo izquierdo, pierna izquierda y flanco izquierdo.

ADD: al tratar de tomar la temperatura rectal nos percatamos que el ano se encontraba sin tono, dilatado (floreado).

Se solicita ambulancia y traslado a UCI del Hospital Civil Nuevo. Se platica con la madre de las condiciones de la paciente y de la necesidad del traslado.

b) Hoja de registro de anestesia y recuperación, del que nos interesa lo siguiente:

Complicaciones transanestésicas.

Presenta bronco espasmo a la entubación orotraqueal, el cual cede con presión positiva; presenta baja en la Fc con baja en la SPO2 se revisa vía aérea; se baja concentración de anestésico; presenta supresión baja en la Fc y SPO2 se pasa

atropina; se cierra antestésico; corrige el problema y se reinicia anestesia. Presenta bradicardia se inicia con baja en la SPO2; se pasa atropina, se cierra anestésico, se logra corrección de la bradicardia; se presenta de nuevo la bradicardia, se pasa atropina y no corrige; cae en asistola; se inicia RCP, se pasa adrenalina sol. del pomo; se pasa atropina y corrige Fc; se estabiliza y se traslada a hospital civil.

c) Hoja de enfermería para pacientes quirúrgicos, en cuyas observaciones se señaló:

Recibo paciente lactante menor P/Cx programada se canaliza vena periférica inicio de anestesia gral. balanceada con intubación endotraqueal c tubo 4.5 en este momento presenta espasmo resp. que cede con presión positiva.

Inicio de Cx.
Presenta desaturación de O2 en varias ocasiones durante el trans-o hasta de 62% posteriormente se mantiene con FC de 150x y Sa O2 en 15 y 99% 10.00 FC 70 Sa O2 62% y esta baja hasta 42% continua bradicardia se inicia la maniobra necesaria logrando corrección de bradicardia a 70x1 y pese a la continuación y dosis no se logra corrección, por lo que cae en asistolia y con temp. de 35° se inicia RCP y se medios físicos para la temperatura normal s/v estables y temp. 36° C se aprecia quemadura superficial en antebrazo izquierdo, pierna y flanco. Se prepara el paciente para su traslado a la unidad UCI, hora de traslado, 13:00 hrs, Con ventilación asistida.

3. Copia certificada del expediente clínico número [...] del Hospital Civil Juan I. Menchaca, correspondiente a la niña [agraviada], del que se desprende:

Hoja de historia clínica general:

a) Nota del día [...], "... problemas activos Edema Cerebral. STDA. Insuficiencia Renal."

Hoja de hospitalización, división de pediatría:

a) Nota de Pediatría Urgencia del doctor Javier Álvaro Barriga Marín, del día [...]. "Encefalopatía hipóxico izquémica. Falla multiorgánica. Sangrado de tubo digestivo".

b) Hoja de Sistema de Transferencia de Pacientes. Hoja de referencia: Paciente femenina de 9 meses de edad, la cual ingresa al quirófano con Dx. de labio hendido completo derecho, para queiloplastía, sin antecedentes de importancia. A la EF normal. Se inicia inducción lenta 02 100% + Etrane 3%, 50 mg. Tiopental e intubación orotraqueal, sonda Portex 4.5D.I. sin

complicaciones, posterior a la intubación presenta broncoespasmo leve que se rompe a presión positiva y mantenimiento 02 100% 3 litros x min. Etrane 3%, ventilación (ilegible), signos vitales saturación parcial 96% FC 120xmin, tem axilar 37°C (ilegible) hora 45 mins después presenta bradicardia severa, se inicia con atropina 0.1 s repite nuevamente 0.1 de atropina misma dosis por dos ocasiones más, se recupera FC a 120x min, se disminuye etrane a 2% a los 10 minutos presenta nuevamente bradicardia hasta 70x FC, se pasa una dosis de atropina 0.2 sin lograr corrección cayendo el paciente en asistolia, se pasa adrenalina y se inicia RCP logrando (ilegible) a los 5 mins. hasta FC de 80x se pasa dosis de atropina de 0.1 logrando FC de 135x´, saturación del 99%, TA: 30/60 mmHg. Se aclara que al iniciarse (ilegible) la bradicardia de cierra (ilegible) anestésico y 100% de 02. hasta el los signos se mantienen estables. Se colocaron medios físicos para mantener en temperatura normal, produciendo quemaduras de I grado superficial en antebrazo izquierdo, pierna izquierda y ....

Impresión Diagnóstica: Paro cardiaco transoperatorio.

4. Declaración ante la CEDHJ de la testigo [...]:

... en la fecha que señalan en la queja, me encontraba como residente de la especialidad de anestesióloga enviada por Cruz Verde Guadalajara, al Instituto de Cirugía Plástica Reconstructiva, y me encontraba en el quirófano como apoyo del médico de base, que ese día era el doctor Miguel Ángel González, en el quirófano 5. Me hice presente y en el acto conocí al doctor y me explicó que iban a realizar una intervención a una niña de aparentemente menos de un año, y se le iba a aplicar anestesia general. Después, acudí en su compañía al quirófano 5 a preparar la máquina de anestesia y verificar los requerimientos necesarios para anestesiar. El médico responsable preparó sus medicamentos y le dijo a la enfermera que pasara a la niña, y dentro del procedimiento yo estuve como observadora, solamente coloqué los monitores a la paciente. Al ser entubada la paciente, recuerdo que tuvo un pequeño espasmo; y el doctor Miguel lo rompió con presión positiva, que es lo que se hace generalmente en estos casos, y continuó el procedimiento normal. En el transcurso de la cirugía empezó a bajar la saturación de oxígeno, y el anestesiólogo verificó la vía área y estaba bien colocada; al subir la saturación se continuó con la operación. Sin saber cuánto tiempo después, le llamaron al doctor Miguel Ángel de otro quirófano, porque había problemas con la anestesia en otro quirófano. Me dejó a mí, y eran aproximadamente las 9:37; al salir él yo observé que la saturación empezó a bajar y la frecuencia, lo cual se registra en un monitor. Le dije a la enfermera que le hablara al doctor y ésta ni siquiera salió del quirófano, porque el doctor estaba cercano al mismo y sólo le gritó y éste llegó de inmediato. En ese momento la saturación estaba en 70 y la frecuencia poco más de 100. Revisó

nuevamente la vía área y aplicó atropina, pues ya estaba por terminar la cirugía. La frecuencia subió a lo normal y les indicó a los cirujanos que terminaran el procedimiento, después continuo la paciente con bajas de saturación y de frecuencia sin saber cuantas ni los niveles. Después de eso, al parecer la paciente cayó en paro y le dieron maniobras de resucitación o RCP; al sacarla del paro, el doctor Miguel pidió que le tomaran la temperatura y dijo que le pusieran medios físicos. En ese momento me llamó para que realizara la papelería para trasladar a la paciente a un tercer nivel, y me salí del quirófano. Antes de eso, entraron varios médicos y enfermeras, aunque no recuerdo el momento exacto en que entraron éstos. Sin darme cuenta de más datos, sólo vi cuando la llevaban a la ambulancia, y eso porque me acerqué a darle los papeles de traslado al doctor. En el acto la suscrita diligenciante le preguntó si sabe quien realizó la cirugía, contesta que la doctora Cuquita, le preguntó sí fue la doctora María del Refugio Orozco y contesta que sí. Le pregunto si el residente Hugo Niebles Camacho, participó en la cirugía; dice que era residente de cirugía plástica y observó que apoyaba en la misma y el procedimiento lo realizaba la doctora Orozco, que también era residente, pero no sé de que grado cada uno. Se le pregunta cuál fue la intervención de la doctora Emma Martínez García; dice que no estaba al inicio de la cirugía, sino hasta después, sin saber el momento exacto en que llegó, porque acudieron varios médicos y enfermeras.

5. La testigo [...], declaró:

En la fecha que señalan en la queja, me encontraba como enfermera circulante en la sala número 4, ya que soy enfermera general adscrita al Instituto de Cirugía Plástica Reconstructiva. En ese momento estaba desocupando de mi sala y se me solicitó apoyo para la sala 5; no recuerdo quién me lo solicitó; acudí a dicha sala sin recordar la hora exacta, pero fue cuando la paciente cayó en paro y me solicitaron llevarme un monitor para corroborar la saturación de oxígeno y signos vitales (oxímetro). En ese momento el doctor Miguel Ángel, que era el encargado, me pide que lo apoye en la aplicación de medicamentos. Escuché, cuando el doctor ordenó que se quitaran los guantes llenos de agua caliente que tenía la paciente, pero no recuerdo haber escuchado que la enfermera [...] haya mencionado que quien había puesto los guantes era la doctora Emma Martínez. Recuerdo que en dos o tres ocasiones se dio la indicación de que se retiraran esos guantes y cada vez que dio la indicación se realizaba; es decir, se retiraban dichos guantes. En la sala estaban dos cirujanos el que realiza la cirugía y quien le ayuda, en este caso eran la doctora Orozco y el doctor Niebles. De anestesiólogos estaba el doctor Miguel y la doctora Alma, la enfermera circulante [...], debió haber alguien que instrumentara cirugía, pero no recuerdo quien era. Además, al tratarse de una emergencia existe apoyo de varios compañeros, para dar la atención oportuna y adecuada. Mi intervención terminó al momento en que se estabilizó a la paciente y salí del quirófano. Recuerdo

que el doctor Miguel, en más de dos ocasiones señaló que no pusieran guantes calientes, porque en los niños provocan quemaduras, y me consta que fueron retirados de inmediato. Incluso el doctor se molestó por esta situación.

6. [...], en su declaración rendida ante esta institución mencionó:

En la fecha que señalan en la queja, me encontraba como enfermera circulante, ya que soy enfermera médico-quirúrgica adscrita al Instituto de Cirugía Plástica Reconstructiva, y me encontraba en el quirófano designada a la sala 5. En ese lugar llegué desde las 7:00 horas a preparar la sala para un procedimiento quirúrgico llamado queiloplastía. Aproximadamente a las 8:00 horas recibí a la paciente de 9 meses aproximadamente, y los que estábamos asignados a la sala en ese momento era el doctor Miguel Ángel González Rosado, como anestesiólogo, y la residente Alma Plascencia. De los cirujanos estaban la doctora Kishi, la doctora Orozco y el doctor Niebles, y otro enfermero, no recuerdo su nombre, pero era rotativo de mi especialidad, ya que el instituto es un hospital-escuela. Se inició la cirugía con el procedimiento anestésico, y en el proceso de anestesia recuerdo que la niña presentó un espasmo y se recuperó de inmediato, iniciando el procedimiento quirúrgico sin problema, se continuó con el procedimiento, pero se observó que se bajaba la saturación de oxígeno, pero llegó un momento en que el paciente presentó una baja importante. Fue en el momento en que el doctor Miguel salió porque le pidieron apoyo en otra sala y se había quedado la doctora Alma. En ese momento yo le hablé al doctor; de hecho le grité y llegó inmediatamente y se suspendió el procedimiento quirúrgico momentáneamente y se estabilizó al paciente, pues ya estaba por terminar el procedimiento. Después continuó con bajas de oxígeno hasta que cayó en paro respiratorio. Recuerdo que la doctora Emma entró a la sala en la primera desaturación de oxígeno importante y entraron y salieron varias personas, pues en esos casos apoya todo el personal, ya que se realizan diversas actividades que son importantes en ese momento. Recuerdo, que la cirugía la realizaron la doctora Orozco y el doctor Niebles. Aclaro que cuando existe un problema de paro y varias personas intervinieron para ayudar, cada uno tiene una función para no duplicar acciones en este caso, a mí me correspondió preparar medicamentos y llevar el registro de la aplicación de los mismos, ya que es importante cuantificar minutos y segundos. Cuando, escuché la indicación del médico Miguel, de que aplicáramos medios físicos, tomé unos campos para colocarlos al paciente, pues en ese tiempo no contábamos con colchón térmico y me percaté que ya le habían puesto guantes con agua tibia y en ese momento yo los retiré y los cambié por los campos, que son como pedazos de tela. En determinado momento, nuevamente el médico se percató que tenía otros guantes calientes; se molestó y se los quitó, se revisó para verificar que no tuviera nada, pues el médico señaló que los niños se queman muy fácilmente. Posteriormente, al estar preparando a la paciente para el traslado a su atención al tercer nivel (terapia intensiva), ya que el instituto no cuenta con esa

unidad, advertí que tenía otro guante en el brazo izquierdo, y me percaté que tenía una quemadura de primer grado, porque sólo estaba roja la zona, lo cual hice del conocimiento del médico, y entre los dos revisamos y encontramos otras quemaduras. Ignoro quién, haya colocado los guantes. Respecto a lo que señala el doctor Miguel, sobre que yo le informé que los guantes habían sido colocados por la doctora Emma Martínez, no recuerdo si mencioné nombres, porque no vi quién los colocó, pero sí los retiré en ese momento.

7. Oficio [...], del 11 de octubre de 2005 mediante el cual la doctora Carmen Hernández Rosas y el doctor Alfonso García de León M., peritos del IJCF, rinden un dictamen de responsabilidad médica, del cual se transcriben las siguientes conclusiones:

De lo expuesto se deduce:

1. Por las declaraciones de los médicos que intervinieron en la cirugía de la menor femenina [agraviada] efectuada en el Instituto de Cirugía Reconstructiva, se considera que no era el lugar adecuado, en virtud de las carencias de personal (Pediatra) y de elementos suficientes (Brazalete pediátrico para monitorizar la presión arterial; Unidad de Cuidados Intensivos, Gasómetro para valorar gases arteriales, Colchón Térmico), por lo que al ver la situación crítica, deciden derivarla a un hospital de tercer nivel (Nuevo Hospital Civil de Guadalajara, Jal).
2. En las mismas declaraciones de los médicos se menciona que el anestesiólogo Dr. Miguel Ángel González Rosado, se ausentó de la cirugía; ya que fue requerido de otra sala para resolver un problema, que aunque dejo a la niña a cargo de la residente Dra. Alma María Plascencia Álvarez, fue un descuido de su parte.
3. Que tomando en cuenta el resultado de la autopsia practicado al cadáver de la niña [agraviada], donde se concluye que la causa de su muerte se debió a las Quemaduras descrita y a dos complicaciones Falla Múltiple Orgánica y Muerte Cerebral.
4. Que las quemaduras que presentaba la niña, al parecer fueron provocadas por la Dra. Emma Martínez García al colocarle guantes con agua caliente.
5. En cuanto a la Muerte Cerebral, es posible que se haya debido a una sobredosis del anestésico, producido por el anestesiólogo Dr. Miguel Ángel González Rosado.

8. Mediante oficio [...], del 18 de mayo de 2006, suscrito por los doctores Alfonso García de León y Carmen Hernández Rosas, ambos peritos forenses del IJCF, aclaran en el oficio [...], del cual se transcriben las conclusiones:

1. Que de acuerdo al resultado de la autopsia la muerte de la menor [agraviada], se debió a las quemaduras de segundo grado, y a dos complicaciones falla múltiple y muerte cerebral.
2. Que los médicos del Instituto de Cirugía Reconstructiva, que intervinieron en la Cirugía de la Menor [agraviada], se observa que actuaron de manera correcta, no faltando a ninguno de sus deberes, y trabajando con los medios mínimos indispensables para la atención médica de la menor, así mismo el procedimiento anestésico si fue el adecuado, por lo tanto no se observa ningún tipo de responsabilidad.
3. Que la Dra Emma Martínez García, si incurrió en una responsabilidad del tipo de imprudencia, al colocar los guantes de agua caliente a la menor, lo que le ocasionó las quemaduras referidas.

9. Copia certificada del resultado de la autopsia practicada al cadáver de [agraviada].

Dictamen con número de oficio [...] del expediente [...] correspondiente a quien en vida llevaba el nombre de [agraviada], de nueve meses de edad realizada el día 8 de diciembre de 2003 a las 18:30 horas, practicada por el doctor Sergio Manuel Flores Santillán.

Con antecedentes de haber ingresado al Nuevo Hospital Civil el día [...] en fase III de ventilación, sin respuesta a estímulos, con un Glasgow (valoración escala neurológica óptima = 14 puntos y 3 es compatible con la muerte) de 3, pupilas midriáticas, arreflécticas, con sangrado fresco por la sonda uro-gástrica, la cual presenta alteraciones a nivel cardiopulmonar o abdominal. Con quemaduras de segundo grado en región lumbar para-vertebral, antebrazo izquierdo y pierna del mismo lado, posteriormente inicia con sangrado del tubo digestivo alto, abundante, que requiere de transfusiones varias, complicándose con falla renal aguda, presentando retención de azoados y edema; además, con datos de hipertensión arterial, administrando tratamiento, pero este se suspende por presentar hipertensión y taquicardia. Cursando con deterioro neurológico progresivo, evolución tórpida, falleciendo, no obstante el tratamiento efectuado, el día 8 del mismo mes de su ingreso a las 4:45 horas.

Cadáver de sexo femenino en aparente regular estado general de nutrición, con moderada rigidez cadavérica y con livideces en la cara posterior del cuerpo. Talla de 66 centímetros. Perímetros: Cefálico de 44 centímetros, toráxico de 43 centímetros y abdominal de 42 centímetros y pie de 10 centímetros. Presentaba quemaduras de segundo grado localizadas en la cara posterior del hemitórax izquierdo, sobre la región lumbar, de 6.5x3 cm de extensión, en el antebrazo izquierdo de 5x3 cm. de extensión, muslo derecho cara interna de 3x1.5 cm de

extensión, en pierna izquierda cara externa de 15x4.5 cm de extensión, causadas por agente físico; además de herida quirúrgica en tercio superior suturada de 3 cm. de extensión. Como recursos de atención médica, huellas de punción por aguja hipodérmica en región subclavia izquierda, pliegues anteriores de los codos y dorso de ambas manos.

Abiertas las cavidades se encontró: Cráneo, el encéfalo y cerebelo edematosos, con zonas hemorrágicas profundas y con acentuado aplanamiento de las circunvoluciones; líquido céfalo-raquídeo de características normales. Cuello, traquea y esófago libres; tórax, ambos pulmones antracóticos, congestionados al corte con signos francos de congestión, aumentados de volumen; el pericardio contenía unos 10 cc de líquido seroso; el corazón ligeramente aumentado de volumen, al corte con signos francos de congestión vascular, abdomen, el hígado ligeramente aumentado de volumen, con signos francos de congestión vascular; el bazo de forma y volumen normales, al corte daba barro esplénico; los riñones aumentados ligeramente de volumen, congestionados y sangrantes, estomago y asas intestinales distendidos por gases. Pelvis sin alteraciones. Examen ginecológico, vello axilar y senos sin desarrollar; sus órganos genitales externos los tiene conformados como los de una niña; el himen íntegro, el ano sin datos de coito, la investigación de fosfatasa ácida dio resultado negativo.

De lo expuesto deducimos. Que la muerte de [agraviada], se debió a las alteraciones causadas en los órganos interesados por las quemaduras descritas y a dos complicaciones, falla múltiple orgánica y muerte cerebral, causas directas y necesarias y que se verificó dentro de los sesenta días desde que aquellos se efectuaron...

10. Acta circunstanciada del 4 de mayo de 2007, levantada por personal de este organismo en la que se hizo constar, que dentro de la averiguación previa 26966/03 se tuvo a la vista el dictamen médico realizado por el IJCF, con número de oficio [...], en el que sobresale que en los hechos que se investigaban sí existió negligencia. Sin embargo, no había elementos para determinar de forma directa a una persona como responsable, ya que de las declaraciones rendidas la responsabilidad podía corresponder a Rosalba Frías o Emma Martínez García, pero no se podía precisarse quién había sido.

III. MOTIVACIÓN Y FUNDAMENTACIÓN

Al hacer un enlace lógico y jurídico de todos los elementos de convicción, es evidente que los servidores públicos Emma Martínez García y Miguel Ángel

González Rosado, médicos adscritos al Instituto Jalisciense de Cirugía Reconstructiva, cometieron negligencia en la cirugía de la niña [agraviada].

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, por deficiencia, retraso, inadecuada prestación del servicio o negligencia. Los servicios de salud deben caracterizarse por mejorar el nivel y la calidad de los servicios prestados a los usuarios. Es especialmente grave la violación cuando está de por medio la atención especializada a la infancia, sin que existan en una unidad médica todos los requerimientos necesarios para la atención menores.

Al analizar los hechos, y a partir de las evidencias que obran en el expediente de queja, se demostró que a la niña [agraviada] le provocaron quemaduras de segundo grado por la aplicación de calor mediante guantes con agua caliente, lo que constituyó una de las causas de su muerte, con lo que se concluye la acreditación de hechos violatorios de derechos humanos a la salud y a la vida (punto 5 de antecedentes y hechos y evidencia.

El médico anestesiólogo Miguel Ángel González Rosado, aunque empleó un procedimiento anestésico adecuado, se ausentó de la sala de operaciones, y no obstante que dejó a la médica residente Alma María Plascencia Álvarez, fue un descuido de su parte, tal como se señaló en el dictamen pericial emitido por personal de la Dirección de Dictaminación Pericial (área de Medicina Legal) del IJCF, y si bien el citado anestesiólogo se percató de que sus órdenes de poner campos tibios se cumplimentaron con guantes de agua caliente, que quitó en dos ocasiones, lo cierto es que esa medida no fue adecuada, ya que la paciente sufrió quemaduras de segundo grado que fueron una de las causas de la muerte (punto 9 antecedentes y hechos y evidencia 6).

Es indudable que la conducta del doctor Miguel Ángel González Rosado fue negligente, ya que abandonó la sala durante el transcurso de la cirugía, como él lo admite en su informe, siendo su obligación cumplir con la debida diligencia en el servicio que le fue encomendado y al no hacerlo así, es obvio que causó una deficiencia en el servicio (puntos 9, 15 y 17 de antecedentes y hechos). Además, debe decirse que durante una cirugía se

pone en riesgo la vida de la persona; por lo tanto, deben extremarse precauciones y cuidados. De no hacerlo, se incurre en negligencia o conducta imprudencial.

La NOM 170-SSA1-1998, para la practica de la anestesiología, en el numeral 8 establece:

> 8. Responsabilidades de los prestadores de servicios anestesiólogos:
>
> [...]
>
> 8.6 Conducir personalmente la anestesia y permanecer en la sala quirúrgica durante todo el procedimiento.
>
> [...]

La atención de la cirugía por paladar hendido (labio leporino) debe ser oportuna y de calidad, pero en el caso en estudio, no fue así, pues el doctor Miguel Ángel González Rosado, no obstante que la niña ya había presentado cuadro de espasmo, se salió de la sala de cirugía (puntos 9, 15 y 17 de antecedentes y hechos). Este hecho debió obligarlo a extremar cuidados, pero al contrario, se ausentó, como el mismo lo señaló (punto 9 de antecedentes y hechos) y confirmado por los testigos [...] (evidencias 4 y 6). Ello pone en clara evidencia la actuación del citado galeno en el transcurso de la operación de [...], de haber obrado con negligencia, pues no observó los cuidados que conllevan las cirugías de las personas (evidencia 7), ya que una de éstas, por más sencilla que sea, implica riesgos, que con cualquier complicación pueden ocasionar la muerte, como sucedió: por ello debió extremar precauciones, y adoptar las providencias necesarias para evitar el daño. Con lo anterior quedó acreditada la violación de los derechos a la salud y a la vida.

Por lo que respecta a la actuación irregular de Emma Martínez García, ésta quedó acreditada en virtud de que, si bien es cierto el doctor Miguel Ángel González Rosado ordenó colocarle a la niña [agraviada], medios físicos de calor, y como no había colchón térmico (punto 9 de antecedentes y hechos), le colocaron guantes con agua caliente. También es cierto que los guantes deberían de tener agua tibia, para evitar las quemaduras que, en este caso, complicaron el desarrollo de la cirugía y llevaron a la muerte a la niña [agraviada] (evidencias 7, 8 y 9), lo que demostró que el actuar de Emma

Martínez careció de toda precaución y cuidados, el doctor Miguel Ángel González Rosado y la enfermera [...] fueron testigos de que en dos ocasiones o más el doctor Miguel Ángel González Rosado ordenó quitaran los medios físicos de calor (punto 9 de antecedentes y hechos y evidencia 5), por lo que antes de volver a colocarlos la doctora Emma. debió investigar por qué los habían retirado. Al no hacerlo así, ignoró por completo los cuidados y precauciones que el caso requería.

Si bien el dictamen pericial del IJCF [...] (evidencia 10), señala que aunque sí existió negligencia, no se logra determinar quién la cometió, ya que pudo haber sido la doctora Emma Martínez García o la enfermera [...]. También es cierto que en la opinión forense [...] (evidencia 9), emitido por el mismo instituto, señala a la doctora Emma Martínez García, como la única responsable de imprudencia, al colocar los guantes de agua caliente a la niña, lo que le ocasionó quemaduras de segundo grado, pues de acuerdo con el resultado de la autopsia, la muerte de la niña [agraviada] se debió a alteraciones causadas en los órganos afectados por la quemaduras y a dos complicaciones, falla múltiple y muerte cerebral, tal como lo señala la autopsia (evidencia 8), lo informado por la doctora Celina Kishi Sutto (punto 10 de antecedentes y hechos) y el dictamen emitido por los peritos del IJCF con número de oficio [agraviada] (evidencia 9).

Los dictámenes antes citados se robustecen con el informe del doctor Miguel Ángel González Rosado (punto 9 de antecedentes y hechos), en donde manifestó que él fue quien ordenó que le colocaran a la paciente campos tibios para prevenir la baja de temperatura, y observó que la enfermera circulante [...] colocaba guantes llenos de agua caliente para cumplir con la indicación. Sin embargo, al percatarse de ello, le ordenó que los retirara, ya que eso podía causar quemaduras a la paciente. Dicha enfermera le contestó que no los estaba poniendo, sino quitando, ya que los había puesto la doctora Emma Martínez. Además, agregó que dicha doctora no estuvo presente cuando indicó que se quitaran los guantes, debido a sus entradas y salidas momentáneas del quirófano, por lo que consideraba que ella pudo haberlos puesto.

No obstante que al rendir su testimonio ante este organismo, [...] afirma que ignoraba quien había colocado los guantes con agua caliente a la paciente

(evidencia 6), la doctora Celina Verónica Kishi Sutto declaró que ella oyó decir al anestesiólogo que colocaran campos tibios a la paciente para evitar que cayera en hipotermia, y se percató de que la doctora Emma Martínez le colocó a la paciente guantes con agua caliente (punto 10 de antecedentes y hechos), lo que robustece lo señalado en el dictamen pericial [...] (evidencia 9).

Lo anterior nos permite concluir que los médicos Miguel Ángel González Rosado y Emma Martínez García violaron los derechos humanos a la vida y a la salud de [agraviada].

En razón de todo lo anterior, los médicos Emma Martínez García y Miguel Ángel González Rosado transgredieron los siguientes ordenamientos legales:

En cuanto al derecho a la salud:

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

> Artículo 4°.
>
> [...]
>
> Toda persona tiene derecho a la protección de la salud.
>
> [...]
>
> Los niños y las niñas tienen derecho a la satisfacción de sus necesidades de alimentación, salud, educación y sano esparcimiento para su desarrollo integral.

Declaración Universal de Derechos Humanos.

> 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...

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...

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 posnatal. El niño tendrá derecho a disfrutar de alimentación, vivienda, recreo y servicios médicos adecuados.

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales:

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 mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños.
    b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;
    c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas, y
    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 Protocolo de San Salvador.

> 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.

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.
>
> 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 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.

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.

El artículo 61, fracción I, de la Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Jalisco, refiere:

Artículo 61. Todo servidor público, para salvaguardar la legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia que debe observar en el desempeño, 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.

Sobre la responsabilidad de los doctores Hugo Niebles Camacho, Celina Kishi Sutto y María del Refugio Mercado Orozco, todos cirujanos reconstructivos adscritos al Instituto Jalisciense de Cirugía Reconstructiva, no existen probanzas que los vinculen con la violación de derechos humanos que sufrió la menor agraviada y que en esta resolución se menciona, ya que la primera de las doctoras nombradas acreditó que no intervino en la cirugía de la menor y los citados médicos encargados de la cirugía no faltaron a ninguno de sus deberes y actuaron con los medios mínimos indispensables para la atención médica de la paciente.

Con relación al derecho a la vida, se violaron las siguientes disposiciones:

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, prevé: "Artículo 22. Quedan prohibidas las penas de muerte, de mutilación, de infamia, la marca, los azotes, los palos, el tormento de cualquier especie, la multa excesiva, la confiscación de bienes y cualesquiera otras penas inusitadas y trascendentales."

La Declaración Universal de Derechos Humanos, aprobada por la Asamblea General de la ONU el 10 de diciembre de 1948, dispone: "Artículos 3. Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona."

La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, aprobada por la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos, el 2 de mayo de 1948, que prevén: "Artículo I. Todo ser humano tiene derechos a la vida, a la libertad y a la integridad de su persona."

El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, adoptado por la

Asamblea General de la ONU el 16 de diciembre de 1966, en vigor el 3 de enero de 1976, con vinculación de México el 23 de marzo de 1981, en su artículo 6.1 dice: "Artículo 6.1. El derecho a la vida es inherente a la persona humana. Este derecho estará protegido por la ley. Nadie podrá ser privado de la vida arbitrariamente."

La Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José), adoptada en San José de Costa Rica el 22 de noviembre de 1969, en la Conferencia Especializada Interamericana sobre Derechos Humanos, en vigor el 18 de julio de 1978, aprobada por el Senado de la República el 18 de diciembre de 1980; ratificada por México el 24 de marzo de 1981 y publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 7 de mayo de 1981, que en lo aplicable disponen: "Artículo. 4.1. Toda persona tiene derecho a que se respete su vida. Este derecho estará protegido por la ley y, en general, a partir del momento de la concepción. Nadie puede ser privado de la vida arbitrariamente."

El Reglamento a la ley General de Salud en Materia de Prestaciones de servicios de Atención Médica, establece en la fracción III del articulo 70 establece:

> 70. Los hospitales se clasificaran atendiendo a su grado de complejidad y poder de resolución en :
>
> [...]
>
> III. INSTITUTO: Es el establecimiento de tercer nivel, destinado principalmente a la investigación científica, la formación y el desarrollo de personal para la salud,. Podrá prestar servicios de urgencias, consulta externa y de hospitalización, a personas que tengan una enfermedad especifica, afección de un sistema o enfermedades que afecten a un grupo de edad.
>
> Manual de Organización del Instituto Jalisciense de Cirugía Reconstructiva, "Dr. José Guerrero santos"

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, como fue la privación de la vida de la niña [agraviada], merece una justa reparación del daño como acto simbólico y elemento fundamental para crear conciencia del

principio de responsabilidad. Es una forma de enmendar simbólicamente una injusticia y un acto de reconocimiento del derecho de las víctimas y de la persona.

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

La Convención Americana sobre Derechos Humanos, ratificada por México el 24 de marzo de 1981 y publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 7 de mayo de 1981, establece la creación de la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), cuya jurisdicción ha sido igualmente aceptada por nuestro país a partir de 1998. Dicho organismo tiene como funciones:

> 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.

La CIDH es el órgano autorizado por la propia convención para realizar estudios y jurisprudencias sobre los derechos que esta última garantiza. Por ello su interpretación jurisprudencial de los casos puestos a su consideración es una referencia obligatoria para México como Estado miembro de la OEA, que ha reconocido la jurisdicción de la Corte para la resolución de asuntos análogos en los que se hayan sentado precedentes.

En uso de sus facultades, la Corte ha dictado los siguientes criterios:

Respecto de la obligación de reparar el daño, es conveniente invocar el punto 25 de la obra *Repertorio de Jurisprudencia del Sistema Interamericano de Derechos Humanos*, tomo II, Centro de Derechos Humanos y Derecho Internacional Humanitario, Washington College of Law American University, Washington, 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, etcétera. 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 (*restitutio in integrum)*, 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 los derechos humanos. El *desiderátum* es la restitución total de la situación lesionada, lo cual, lamentablemente, es a menudo imposible, dada la naturaleza irreversible de los perjuicios ocasionados, tal como sucede en el caso presente. En esos supuestos, es procedente acordar el pago de una "justa indemnización" en términos lo suficientemente amplios para compensar, en la medida de lo posible, la pérdida sufrida.

El punto 16 menciona:

> Por no ser posible la *restitutio in integrum* en caso de violación al derecho a la vida, resulta necesario buscar formas sustitutivas de reparación a favor de los familiares y dependientes de las víctimas, como la indemnización pecuniaria. Esta indemnización se refiere primeramente a los perjuicios sufridos, y como esta Corte ha expresado anteriormente, éstos comprenden tanto el daño material como el moral.

En cuanto a los elementos constitutivos de la indemnización, el punto 50 refiere:

> Se ha expresado anteriormente que en lo que hace al derecho a la vida no resulta posible devolver su goce a las víctimas. En estos casos, la reparación ha de asumir otras formas substitutivas, como la indemnización pecuniaria. Esta indemnización se refiere primeramente a los perjuicios materiales sufridos. La jurisprudencia arbitral considera que, según un principio general de derecho, éstos comprenden tanto el daño emergente como el lucro cesante. [...] También, la indemnización debe incluir el daño moral sufrido por las víctimas. Así lo han decidido la Corte Permanente de Justicia Internacional.

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.

En cuanto a los titulares o beneficiarios de la indemnización (víctimas), sostiene el punto 38:

> La Corte ha expresado en casos anteriores que la indemnización que se debe pagar por haber sido alguien arbitrariamente privado de su vida, es un derecho que corresponde a quienes resultan directamente perjudicados por ese hecho.

El deber de sancionar a los responsables es tema del punto 61:

> Respecto a la continuación del proceso para la investigación de los hechos y la sanción de las personas responsables, esa es una obligación que corresponde al Estado siempre que haya ocurrido una violación de los derechos humanos, y esa obligación debe ser cumplida seriamente y no como una mera formalidad.

Del criterio de las resoluciones de la Corte Interamericana de Derechos Humanos se puede citar la sentencia del 20 de enero de 1999, caso Suárez Rosero-Reparaciones (artículo 63.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos):

> V. Obligación de reparar.
>
> 40. En materia de reparaciones es aplicable el artículo 63.1 de la Convención Americana, el cual recoge uno de los principios fundamentales del derecho internacional general, reiteradamente desarrollado por la jurisprudencia (Factory at Chorzow, Jurisdiction, Judgment No. 8, 1927, P.C.I.J., series A, No. 9. pág. 21 y Factory at Chorzow, Merits, Judgment No. 13, 1928, P.C.I.J., series A, No. 17, pág. 29; Reparations For Injuries Suffered in the Service of the United Nations, Advisory Opinión, I.C.J. Reports 1949, pág. 184). Así lo ha aplicado esta Corte (entre otros),

Caso Neira Alegría y otros, reparaciones (Art. 63.1 Convención Americana sobre Derechos Humanos), sentencia del 19 de septiembre de 1996. Serie C. No. 29, párr. 36; Caso Caballero Delgado y Santana, reparaciones [Art. 63 Convención Americana sobre Derechos Humanos], sentencia del 29 de enero de 1997. Serie C. No. 31, párr. 15; Caso Garrido y Baigorria, reparaciones (Art. 63.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos), sentencia del 27 de agosto de 1998. Serie C. No. 39, párr, 40; Caso Loayza Tamayo, reparaciones [Art. 63.1 Convención Americana sobre Derechos Humanos], sentencia del 27 de noviembre de 1998. Serie C. No. 42, párr. 84 y Caso Castillo Páez, reparaciones (Art. 63.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos), sentencia del 27 de noviembre de 1998. Serie C. No. 43, párr. 30. Al producirse un hecho ilícito imputable a un Estado, surge responsabilidad internacional de éste por la violación de una norma internacional, con el consecuente deber de reparación.

41.- La reparación es el término genérico que comprende las diferentes formas como un Estado puede hacer frente a la responsabilidad internacional en que ha incurrido (*restitutio in integrum*, indemnización, satisfacción, garantías de no repetición, entre otras).

42.- La obligación de reparación establecida por los tribunales internacionales se rige, como universalmente ha sido aceptado, por el derecho internacional en todos sus aspectos, su alcance, su naturaleza, sus modalidades y la determinación de los beneficiarios, nada de lo cual puede ser modificado por el Estado obligado invocando para ello disposiciones de su derecho interno (véase, entre otros, caso Neira Alegría y otros, reparaciones supra 40, párr. 37: Caso Caballero Delgado y Santana, reparaciones supra 40, párr. 16; Caso Garrido y Baigorria, reparaciones, supra 40, párr. 42; Caso Loayza Tamayo, reparaciones, supra 40, párr. 86; y Caso Castillo Páez, reparaciones, supra 40, párr. 49).

[...]

La reparación de las consecuencias de la medida o de las situaciones que ha configurado la vulneración de derechos, se exponen 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 ONU 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.

El principio de “reserva de actuación”, mediante el cual el Estado puede 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 este sentido, es la voluntad del Estado mexicano de reconocer en los términos de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, la competencia contenciosa

de la CIDH, que lo obliga a aceptar la interpretación que de los artículos de la Convención haga dicho órgano.

Debe señalarse que en la actualidad los estados democráticos se han preocupado porque exista la obligación de cada institución de responder ante la sociedad y ante los individuos por los actos u omisiones de quienes en nombre de ella actúan y que ocasionan violaciones de derechos humanos, como en este caso, independientemente de su posible responsabilidad administrativa, civil o penal; tan es así, que el Congreso de la Unión, el 14 de junio de 2002, publicó en el *Diario Oficial de la Federación* el decreto sin número que modificó la denominación del título cuarto, y adicionó un segundo párrafo al artículo 113 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que entró en vigor el 1 de enero de 2004, para quedar de la siguiente manera:

> Título cuarto. De las responsabilidades de los servidores públicos y patrimonial del Estado.
>
> [...]
>
> Artículo 113.... La responsabilidad del Estado por los daños que, con motivo de su actividad administrativa irregular, cause en los bienes o derechos de los particulares, será objetiva y directa. Los particulares tendrán derecho a una indemnización conforme a las bases, límites y procedimientos que establezcan las leyes.

El Gobierno del Estado de Jalisco, mediante decreto 20089, expidió la Ley de Responsabilidad Patrimonial del Estado de Jalisco y sus Municipios, aprobada el 20 de agosto de 2003 y publicada el 11 de septiembre de 2003, con vigencia desde el 1 de enero de 2004. Dicha ley regula en esencia la responsabilidad objetiva y directa del Estado, con motivo de los daños que su actividad administrativa irregular cause en los bienes o derechos de los particulares, quienes en estos casos podrán exigir una indemnización conforme lo establecen las leyes. El artículo 1° refiere: “La presente ley es reglamentaria del artículo 107 bis de la Constitución Política del Estado de Jalisco y sus disposiciones son de orden público e interés general”. En tanto, el párrafo segundo del artículo 5° reza: “Los ayuntamientos y las demás entidades a que se refiere la presente ley deberán establecer en sus respectivos presupuestos la

partida que deberá destinarse para cubrir las responsabilidades patrimoniales que pudieran desprenderse de este ordenamiento". Para tal efecto se han adecuado los códigos Penal y Civil del Estado; el primero, con la reforma del artículo 97, fracción VII; y el segundo, con la derogación de los artículos 1405 y 1431.

Es cierto que cuando sucedieron los hechos, la legislación estatal no establecía la responsabilidad en forma directa por parte del Estado para aplicarse en casos como el presente. No obstante, es indudable que la responsabilidad que se reclama a favor de los beneficiarios de [la agraviada], por los daños y perjuicios sufridos, es de estricta justicia. El que nuestra legislación, en la fecha en que sucedieron los hechos, no estuviera a la altura de lo preceptuado en los tratados internacionales, no puede ser tomado como pretexto por los gobiernos estatales o municipales para negarse a aceptar responsabilidades sobre hechos violatorios de derechos humanos, dado que conforme al artículo 133 constitucional, dichos tratados obligan y tienen jerarquía después de lo dispuesto en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Por ello, la legislación común no puede esgrimirse de ninguna forma a favor de que se evada lo preceptuado en un tratado internacional por la violación de derechos humanos, como en el caso acontece, sino al contrario, debe ser cubierta dicha reparación como un acto de reconocimiento y respeto a los derechos humanos. Se apela a la buena fe, a la moral, a la ética y a la responsabilidad solidaria que la Secretaría de Salud debe tener frente a sus pacientes cuando se les causan daños o perjuicios mediante una actividad administrativa irregular por parte de uno de sus funcionarios, 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.

Conforme a los criterios expuestos, esta Comisión Estatal de Derechos Humanos considera obligada en forma solidaria la reparación del daño por parte del Organismo Público Descentralizado Servicios de Salud Jalisco, a favor de quienes acrediten el carácter de ofendidos. El daño material deberá cubrirse de conformidad con los artículos 2, 161, 1387, 1390 y 1396 del Código Civil del Estado de Jalisco, en relación con los diversos 500 y 502 de

la Ley Federal del Trabajo; el daño moral, según los artículos 24, 25, 26, 28, fracción I; 34, 1391 y 1393 del código antes citado, deberá corresponder por lo menos a un tanto igual a la indemnización que por concepto de daño material se le otorgue.

Al efecto, el artículo 1916 del Código Civil para el Distrito Federal, refiere:

> Por daño moral se entiende la afectación que una persona sufre en sus sentimientos, afectos, creencias, decoro, honor, reputación, vida privada, configuración y aspectos físicos, o bien en la consideración que de sí misma tienen los demás. Se presumirá que hubo daño moral cuando se vulnere o menoscabe ilegítimamente la libertad o la integridad física o psíquica de las personas.
>
> Cuando un hecho u omisión ilícitos produzcan un daño moral, el responsable del mismo tendrá la obligación de repararlo mediante una indemnización en dinero, con independencia de que se haya causado daño material, tanto en responsabilidad contractual como extracontractual. Igual obligación de reparar el daño moral tendrá quien incurra en responsabilidad objetiva conforme al artículo 1913, así como el Estado y sus servidores públicos, conforme a los artículos 1927 y 1928, todos ellos del presente Código Civil.

El más elemental sentido de justicia ordena, cada vez con mayor fuerza, que la administración pública se responsabilice, al igual que los particulares, por los daños que cause. Una administración pública que asume sus responsabilidades es un ente público que merece confianza.

El fin último del Estado es el bien común, y no podrá alcanzarlo si no acepta reparar los daños y perjuicios ocasionados por sus agentes. No puede decirse con propiedad que se vive en un Estado de derecho si éste deja de admitir sus responsabilidades derivadas de su relación con sus administrados.

De conformidad con los artículos 7°, fracciones I y XXV; 28, fracción III; 66, 73, 75, 76, 79 y 88 de la Ley de la Comisión Estatal de Derechos Humanos, y 109, 119 y 120 de su Reglamento Interior, así como del 61, 62 y 63 de la Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Jalisco, se formulan las siguientes:

CONCLUSIONES:

Al licenciado Emilio González Márquez, gobernador constitucional del Estado de Jalisco, en su carácter de presidente de la Junta de Gobierno del Organismo Público Descentralizado Servicios de Salud Jalisco.

Primera. Instruya a quien corresponda que se agregue copia de esta resolución a los expedientes personales de los doctores Emma Martínez García y Miguel Ángel González Rosado, para que quede como antecedente de la conducta irregular en que incurrieron al actuar con descuido e imprudencia en la atención médica proporcionada a la niña [agraviada].

Segunda. Considere investigar la actuación de la enfermera Rosalba Frías Juárez, adscrita al Instituto Jalisciense de Cirugía Reconstructiva, con base en lo señalado en el dictamen pericial del Instituto Jalisciense de Ciencias Forenses, con número de oficio [...], que obra en la averiguación previa [...], del índice de la agencia [...] de la Procuraduría General de Justicia del Estado.

Tercera. En forma objetiva y directa, ordene efectuar el pago de la reparación del daño a la señora [inconforme a], en los términos de las consideraciones emitidas en la presente resolución. Lo anterior, por el actuar irregular de los servidores públicos Emma Martínez García y Miguel Ángel González Rosado, en la atención médica proporcionada a la niña [agraviada], que le ocasionó la muerte.

Al procurador general de Justicia del Estado, licenciado Tomas Coronado Olmos:

Se le exhorta para que gire instrucciones al Agente del Ministerio Público encargado de la agencia [...] de la Procuraduría General de Justicia del Estado, extraiga del archivo la averiguación previa [...], ordene su reapertura para que, de manera pronta e imparcial, continué con la investigación de los hechos relacionados con la muerte de [la agraviada], y de proceder, tomando en cuenta las consideraciones señaladas en ésta recomendación, determine la probable responsabilidad en contra de quien o quienes resulten responsables.

Al emitir la presente recomendación, la Comisión Estatal de Derechos Humanos hace suya la sensibilidad con la que el Organismo Público Descentralizado Servicios de Salud Jalisco 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.

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 120 de su Reglamento Interior.

Con fundamento en los artículos 72, 76 y 77 de la ley de la materia, 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.

Felipe de Jesús Álvarez Cibrián
Presidente