

Guadalajara, Jalisco, 31 de julio de 2008

Asunto: violación del derecho a la protección
de la salud (negligencia médica)

Doctor Alfonso Gutiérrez Carranza
Secretario de Salud y director del Organismo Público Descentralizado
Servicios de Salud Jalisco*.

Síntesis

El 21 de enero de 2004 los señores [agraviada] y [quejoso], comparecieron a la oficina regional de esta Comisión con sede en Puerto Vallarta para inconformarse contra personal médico del Hospital Regional de dicha ciudad, por la atención médica brindada a la señora [agraviada] y a su recién nacido. Afirmaron que el 2 de enero de 2004 acudieron al área de urgencias del citado nosocomio, debido a que la señora [agraviada] estaba a punto de dar a luz, y que a las 10:00 horas de ese día una médica les hizo saber que le sería practicada una cesárea. Agregaron que a las 16:20 horas, ya en el área de tococirugía, la médica [...] ordenó que la prepararan para un parto natural, pero al momento del alumbramiento no era posible la salida del producto debido a que el bebé estaba muy grande, por lo que acudió un médico pediatra para auxiliarla y entre los dos extrajeron al niño. Después les informaron que por la dificultad que se presentó al nacer, probablemente el bebé tendría un brazo fracturado y por ello iba a quedar internado para hacerle un chequeo exhaustivo. Finalmente, se les informó que el recién nacido tenía un tumor cancerígeno en el riñón derecho, por lo que fue trasladado al Hospital Civil de Tepic, Nayarit, donde le fue extirpado dicho órgano. Un informe anatomopatológico reveló que no existía ningún tumor, y en la nota de alta del paciente recién nacido se describió que se encontró riñón macerado y destruido en su totalidad. A partir de las investigaciones realizadas quedó demostrado que existió negligencia de personal médico que atendió antes y durante el parto a la

* La presente Recomendación se refiere a hechos ocurridos en el periodo del anterior secretario de Salud de Jalisco, así como del anterior director general del Hospital Regional de Puerto Vallarta.

señora [agraviada], lo que acredita la violación del derecho a la protección a la salud.

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, 79 y demás relativos de la Ley de la CEDHJ y 119, 120, 121 y 122 del Reglamento Interior de este organismo, examinó la queja 141/04-IV, iniciada a favor de [agraviada] y de su hijo recién nacido [...], por la posible violación de su derecho a la protección de la salud, atribuida a personal médico del Hospital Regional de Puerto Vallarta, Jalisco.

I. ANTECEDENTES Y HECHOS

1. Se inició la queja el 21 de enero de 2004, con motivo de la comparecencia de los señores [quejosa-agraviada] y [quejoso], a la oficina regional de este organismo en Puerto Vallarta, Jalisco, quienes se inconformaron contra personal médico del Hospital Regional de dicha ciudad. La mujer argumentó que como consecuencia de su embarazo, aproximadamente a las 2:00 horas del 2 de enero de 2004 se percató que secretaba líquido por vía vaginal; a las 9:00 horas del mismo día acudió al área de urgencias del Hospital Regional de Puerto Vallarta, en donde fue recibida a las 10:00 horas por una doctora que, tras auscultarla en forma detallada, le informó que la fuente ya se había roto y el bebé estaba grande, por lo que se hacía necesario un parto por cesárea. Manifestó que posteriormente fue atendida por la doctora Susana Gómez Sosa, quien ordenó que la prepararan para un parto normal, porque así habían sido los anteriores; enseguida le aplicaron un suero vía intravenosa y permaneció recostada en una camilla, canalizada, hasta las 16:00 horas, en espera de ser atendida, ya que le mencionaban que no tenía la dilatación suficiente. Agregó que como a las 16:20 horas fue pasada a quirófano y comenzó propiamente el parto, percatándose que el bebé no podía nacer, lo cual le producía dolores cada vez más intensos. La doctora Susana Gómez Sosa le mencionó que el bebé no podía salir porque estaba muy grande, por lo que llamó a un pediatra del mismo hospital, pero del turno vespertino, para que la auxiliara. Señaló que entre los dos médicos extrajeron a su hijo a las 16:45 horas, y que de inmediato ella se percató que el bebé se estaba asfixiando y tardó aproximadamente un minuto para llorar,

después de lo cual el pediatra le informó que era probable que por las dificultades del parto el niño tuviera el brazo izquierdo fracturado, por lo que lo internaría para hacerle un chequeo exhaustivo. La quejosa precisó que el peso del niño al nacer fue de 4.750 kilogramos, por lo que consideró que su nacimiento no debió ser por vía vaginal. El 3 de enero de 2004 fue informada por el pediatra del turno matutino que el niño tenía una infección en el intestino y que era necesario hacerle una incisión en el cuello para suministrarle alimento. Asimismo, dijo que el citado pediatra le informó a [testigo] (hermana de la quejosa) que la infección del niño era grave y posiblemente lo tendrían que enviar para su atención a Tepic o a Guadalajara; por la tarde de ese mismo día, el pediatra del turno vespertino le informó a su esposo que el niño tenía el hígado inflamado y lo llevó hasta los cuneros para mostrarle la inflamación del abdomen del bebé.

La quejosa añadió que el 4 de enero le comentaron nuevamente a su esposo que el niño seguía con inflamación hepática, la cual ya estaba siendo tratada, pero que el mismo cuadro prevaleció hasta el 7 de enero. Señaló además que existía una contradicción entre el diagnóstico del pediatra del turno vespertino y el del turno matutino, ya que este último le dijo a su hermana [testigo] que el padecimiento del niño no era hepático, sino intestinal.

Por otra parte, la inconforme manifestó que el 7 de enero de 2004 se ordenó la realización de un estudio clínico, en el que supuestamente detectaron un tumor cancerígeno en el riñón derecho del recién nacido, lo que motivó que ordenaran su traslado al Hospital General de Tepic, el cual se realizó en una ambulancia y con el acompañamiento de la [testigo]. Finalmente, la señora [agraviada] manifestó que el 12 de enero de 2004 se realizó la intervención quirúrgica de su hijo en el Hospital General de Tepic, en donde el mismo día le informaron que se le tuvo que extirpar el riñón derecho, el que le fue entregado para la práctica del estudio de neuroblastoma. El 19 del mismo mes, el doctor Daniel Baldera Gurría, médico cirujano que practicó la intervención, le informó que en los resultados clínicos del riñón extirpado no se detectó la existencia de un tumor cancerígeno, y que en su opinión el riñón había sido severamente dañado por lesiones causadas durante el parto. También aclaró que el 20 de enero de 2004 el niño fue dado de alta del Hospital General de Tepic, Nayarit.

Al momento de presentar la queja, los inconformes fueron orientados jurídicamente para que acudieran a la Procuraduría General de Justicia del Estado a presentar denuncia penal y en la vía administrativa, para que señalaran la presunta irregularidad ante el órgano de control interno del hospital en el que laboraban los médicos involucrados. También se le orientó para que en la vía civil pudieran ser asesorados y representados por un abogado y demandar la responsabilidad civil y el posible daño moral.

2. El 22 de enero de 2004 se admitió la queja y se solicitó la colaboración de la doctora Laura Pérez Partida, entonces directora del Hospital Regional de Puerto Vallarta, para que remitiera copia certificada del expediente clínico de la señora [agraviada] y de su hijo recién nacido. Además, se le solicitó que informara a esta Comisión los nombres del personal médico que intervino en la atención del parto y se le pidió que por su conducto lo requiriera para rendir su informe de ley.

3. El 11 de febrero de 2004 se recibió el oficio 93/04, signado por la doctora Laura Pérez Partida, directora del Hospital Regional de Puerto Vallarta, al cual anexó copia certificada del expediente clínico de la señora Norma Alicia Alonso Villa y de su hijo recién nacido. Además, informó que el bebé estuvo atendido por los pediatras Alfredo Plácito Bravo, en el turno matutino; José Carlos Estrada Galván, en el turno vespertino, y en el nocturno por Jaime Rodríguez Ramos. Aclaró que la madre fue atendida en el servicio de urgencias por la doctora Cristina Ramírez Rodríguez y en tococirugía por la doctora Susana Gómez Sosa.

4. El 10 de marzo de 2004 se requirió por segunda ocasión a los médicos involucrados para que rindieran su informe de ley.

5. Mediante acuerdo del 24 de marzo de 2004, se tuvieron por recibidos los oficios sin número suscritos por los médicos Susana Gómez Sosa, José Carlos Estrada Galván, Alfredo Plácito Bravo y Cristina Ramírez Rodríguez, todos adscritos al Hospital Regional de Puerto Vallarta, y se abrió el periodo probatorio en el expediente de queja.

6. La doctora Susana Gómez Sosa, en su informe, señaló:

Siendo las 15:10 hrs. se recibe paciente femenina de 24 años de edad encontrándose en el servicio de toco cx. con dx. de MULTIGESTA + EMBARAZO DE TÉRMINO + RUPTURA DE MEMBRANAS + CON TRABAJO DE PARTO ACTIVO. Con antecedentes obstétrico; G3 P2 C0 AO. E.F. encontrando abdomen con producto único FCF: 140x con act. Uterina. Al tacto vaginal encontrando cerviz central blando 7 cm. dilatación, con un 80% de borramiento, con vigilancia obstétrica y evolucionando satisfactoriamente ingresa a sala de expulsión la cual se coloca en posición ginecológica, asepsia y antisepsia colocación de campos estériles, bajo anestesia local en perine se realiza episiotomía media; se atiende parto distócico por distocia de hombros, se realiza maniobras de macrobers y tracción sostenida en varios intentos durante aproximadamente 3 minutos se realiza corte de esfínters anal, y se produce desprendimiento de hombro anterior y se extrae producto único vivo macrosómico con peso; 4.750 Kg. sexo: Masculino hora: 16:45 hrs. talla 59 cm. apgar: 2-6 entregándose de inmediato al pediatra en turno.

Continuando con el procedimiento de atención al parto, se presenta alumbramiento completo, revisión de cavidad uterina y reparación de episiorrafia, pasando a recuperación sin complicaciones con sangrado escaso.

NOTA: La atención de la distocia fue atendida adjunto con el Dr. Estrada (pediatra en turno) en ausencia del ginecólogo en guardia.

En el periodo expulsivo se le solicita a la señora ayuda con la maniobra de trabajo de parto (a la cual se niega) no coopera con la atención del mismo.

7. Al rendir su informe, el doctor José Carlos Estrada Galván expuso lo siguiente:

02/01/04.- Siendo aproximadamente las 16:40 hrs y encontrándome en el servicio de urgencias, solicitan me presente en el Servicio de Toco-Quirófano, en donde se encuentra la Dra. Susana Gómez Sosa atendiendo el parto de la señora [agraviada] (sic), Observando la cabeza del producto fuera de canal de parto con colación cianótica, por aproximadamente tres minutos, pregunto si llamaron al Gineco-Obstetra respondiendo que en el turno vespertino no acudió ningún ginecoobstetra la Dra. Susana Gómez solicita ayuda para sacar el producto y que por no caer en el delito de omisión de responsabilidades y a la premura de la situación, le indico a la Dra. Susana realice espisiotomía cortando esfínter y parte de recto mientras me calzo los guantes Látex, posteriormente sujeto al producto de la cabeza bajando para librar hombro anterior y después hacia arriba para liberar hombro posterior, saliendo el producto en forma inmediata y sujetándolo del Tórax anterior, mientras lo aspiro con perilla, le indico a la Dra. Susana Gómez que corte el ónfalo, obteniendo un producto Masculino, atónico, ciatónico y con bradicardia se coloca en cuna radiante precalentada y se realiza aspiración con sonda de las secreciones para posteriormente proporcionar

ventilación con ambú por aproximadamente veinte segundos, obteniendo esfuerzo respiratorio, mejorando colocación y tono muscular, se deja oxígeno a flujo libre mientras se toma somatometría y se aplica vitamina K y Cloramfenicol Oftálmico, se cubre para mantener Temperatura adecuada, se muestra al Recién Nacido a la madre mencionándole de su pase a cunero patológico para complementación Diagnóstica y manejo en ayuno con soluciones parenterales (como se menciona por la madre en el escrito de queja).

A su ingreso a cunero se solicita RX de Tórax, en la cual se descarta la presencia de Fractura, se coloca una cuna radiante y se aplican soluciones a requerimiento. EF, sin malformaciones congénitas aparentes y con estigma de fetopata diabético por macrosomía por peso de 4,750 gms, hipertriosis de pabellones auriculares, jiba dorsal, Hipoglicemia sintomática (la madre refiere desconocerse como diabética), equimosis facial, resto con buena coloración, disminución en la movilidad y tono muscular de extremidad torácica izquierda, (elocación de plexo braquial izquierdo), se maneja con inmovilización de brazo correspondiente y pasa a siguiente turno.

05/01/04.- Durante el turno vespertino agrego diagnóstico de Pb. Hepatitis reactiva, siendo su tercer día de vida lo encuentro con tinte icterico ++, cardiopulmonar sin alteraciones, abdomen aumentado de volumen a expensas de Hepatomegalia, a la palpación borde hepático hasta cresta iliaca derecha, pudiendo influir en la peristalsis, se reportan pruebas de función hepática con hiperbilirrubinemia a expensas de bilirrubina indirecta, transaminasemia (TGO=211U/L), F. Alcalina=223 U/L, e Hipocalcemia (6.3), reponiendo calcio pasa al siguiente turno, en manejo de fototerapia y nuevamente en ayuno desde el anterior turno por ECN-IB.

06/01/04.- Se encuentra el paciente con Solicitud de USG Abdominal y Transfontanelar con tinte icterico incrementado, en relación al día anterior, presencia de soplo continuo GIII/IV con desdoblamiento de segundo ruido, continúa con Hepatomegalia, Globo Vesical, provocando diuresis con maniobra de crede, con diuresis clara, solicitamos Bilis de Control y BHC, se coloca fototerapia de luz azul y luz blanca, los estudios reportan:
BHC disminuyendo las leucocitosis en relación a la anterior, con presencia de Bandemia.

EGO sin datos de sangrado.

BILIRRUBINAS con BI:16.1 BD:11.9

7/01/04.- Se encuentra saliendo de traslado a Hospital Regional de Tepic, con reporte de USG en donde se detecta Tumoración a descartar neuroblastoma, y se envía con los siguientes diagnósticos:

-Tumoración abdominal

- Sepsis neonatal
- Sospecha de ECN-IB
- PB obstrucción intestinal
- Colestasis Intrahepática
- Hipoxia Neonatal
- Fetopatía Diabética

En cuanto a lo comentado por el Dr. Daniel Balderas Gurría, según consta en el escrito de inconformidad que nos envías y acerca del riñón extirpado y la no detección de la tumoración, además de comentar al encontrarlo por primera vez en dicho Hospital apreciándolo muy lastimado y que su alumbramiento debió ser por Cesárea.

Argumento con bases lo siguiente:

- A) Salvo la equimosis facial y la Pb Elongación del Plexo Braquial Izquierdo, no se detectan lesiones ni Equimosis en el resto del cuerpo y lo cual se comenta y consta en las notas de Médicos y Enfermeras en el Expendiente.
- B) Los exámenes generales de orina de los días 05/06/06/07/01/04, no se reporta en ninguno presencia de hamaturia (Hemoglobinuria/Eritrocituria Microscópica), que nos sugiera traumatismo renal.
- C) Un estudio de USG abdominal en el cual se reporta masa de hipocondrio derecho de origen a determinar, que desplaza ligeramente el Hígado y el Riñón. Sin descartar neuroblastoma y sugiriendo TAC ambos riñones de tamaño normal, bordes bien definidos, sin datos de ectasia, USGTF no valorable sugiriendo vigilancia y TAC de control.
- D) Lo comentado en la nota de inconformidad de "Diagnóstico Clínico de Neuroblastoma el día 12/01/04 elaborado por la anatomopatóloga Aracelia González Hernández del Hospital de Tepic...

8. El doctor Alfredo Plácido Bravo, pediatra del turno matutino del Hospital Regional de Puerto Vallarta, rindió su informe en los siguientes términos:

Resumen clínico del RN:

Madre de 24 años que vive en unión libre O y R de Puerto Vallarta, escolaridad secundaria, ama de casa gesta 3 para 2 con intervalo intergesta de 4 años, niega toxicomanías, niega otras patologías.

Embarazo deseado, sin control prenatal adecuado, no se le realizaron estudios de control, se refiere ingesta de calcio.

Ingresa con trabajo de parto establecido.

Se obtiene por parto vaginal con distocia de hombros, producto único vivo masculino macrosómico con datos de fetopata diabético por hipertricosis, giba posterior, quien presentó dificultad para la extracción, reportando periodo expulsivo prolongado, quedando en malas condiciones, requirió de maniobras de reanimación con aspiración directa de secreciones y presión positiva con bolsa válvula y mascarilla durante 20 segundos con lo que se obtiene mejoría. Apgar 2-7-8 y Silvermann Anderson de 4-3 quedando una equimosis facial, sin evidencia de fractura pero con la sospecha de elongación del plexo braquial. Se ingresa a cunero patológico con diagnóstico de: RNT GEG, Macrosómico prob. Fetopata diabético por hipoglucemia asintomático, Hipoxia severa recuperada, probable elongación del plexo braquial.

Fecha de nacimiento: 02 enero de 2004

Hora de nacimiento: 16:45 horas

EVOLUCIÓN HOSPITALARIA

Persiste con hipoglucemias asintomáticas porque se le inició manejo con aporte de GKM de 8 con lo que logra estabilizarse. Ayuno. Monitoreo hemodinámica. Al segundo día ya se percibían movimientos espontáneos del brazo izquierdo.

Lunes 05 de enero de 2004.

Inicia su tercer día de VEU. Fc. 140x' Fr 100x' T° 37.5°C Sat 02 93% con llenado capilar distal de <2 seg. Lo recibo con 21 horas de haber iniciado la VO sin que previamente se hayan reportado variaciones en las mediciones de los perímetros abdominales. Pero en ese momento lo recibo con marcada distensión abdominal con un PA de 43 cm, los ruidos peristálticos estaban presentes aunque disminuidos, abdomen brillante, duro, doloroso manifestando por llanto y quejido constante a la mínima movilización. No se pueden detectar masas ni visceromegalias. En ese momento presentaba una palidez moderada pero ya aparecía un tinte icterico Kramer II/III se inició ayuno, se colocó SOG, se le solicitaron reactantes de fase aguda y Rx de abdomen en bipedestación. Los resultados de laboratorio fueron positivos para sepsis por leucocitosis de 51 400 totales, 10 280 neutrófilos y 1542 bandas, una tendencia a la plaquetopenia de 112000.

La radiografía de abdomen mostraba imágenes sugestivas de edema interasa, sin que se evidenciaran en ese momento imágenes sugestivas de neomatosis intestinal, una imagen de asa fija o bien de mal rotación intestinal, se le realizó estimulación rectal presentando una evacuación muco sanguinolenta, por lo que de acuerdo a la clasificación de ECN Bell modificada de Walsh MC. Correspondería a un estadio IB. Se continuó manejo para sepsis, se indica ayuno por 72 horas, se continúa manejo de líquidos con aporte de GKM de 8 con lo que se mantenían dextrostix entre 80 y 120 mg/dl, se coloca SOG abierta drenando a gravedad para descompresión gástrica, se continuó tratamiento con doble esquema de antibióticos, ese era su día 3, posteriormente se agregaron aporte de calcio, ranitidina y fototerapia con luz azul. Monitoreo clínico, laboratorio y de Rx. En ese momento se le informó a la madre así como la posibilidad de trasladarlo a un tercer nivel de atención.

Posteriormente pudieron detectar crecimiento hepático, solicitaron PFH reportando hiperbilirrubinemia, catalogando como una hepatitis reactiva.

Martes 6 de enero de 2004

Evoluciona afebril, polipneico pero los campos pulmonares están bien ventilados (probablemente restrictiva), abdomen persiste distendido globoso, no puedo detectar masas ni visceromegalias por la distensión, neurológicamente se percibía más activo, reactivo, llanto enérgico.

Más tarde se detectó soplo continuo Grado III de IV con desdoblamiento del segundo ruido cardiaco.

Miércoles 7 de enero de 2004.

Continuaba con manejo ya establecido, se solicitó USG abdominal con lo que se detecta imagen redondeada de bordes bien definidos de 5.8 x 2.7 cm localizada en la región suprarrenal derecha, desplazando el hígado a la región superior y al riñón a la región posterior, con ecogenicidad heterogénea por zonas anecoicas predominantes y algunas zonas isoecoicas con pequeñas calcificaciones en el interior. Ambos riñones de tamaño normal, bordes bien delimitados, sin datos de ectasia. El reporte mencionaba una masa en hipocondrio derecho sin especificar ni descartar la posibilidad de neuroblastoma, por lo que se informa a los familiares y se decide su traslado a tercer nivel.

Los diagnósticos de traslado fueron:

RNT Masculino, macrosómico.

Fetopata diabético.

Hipoxia neonatal severa recuperada.

Sepsis neonatal.

Sospecha de ECN estadio IB

Tumoración abdominal de etiología a determinar.

Manifiesto a usted de manera enfática que el que suscribe lo que realicé en la atención médica del RN [...] desde el momento mismo que lo recibí en el servicio de cunero patológico, fue de acuerdo a las normas de neonatología del Instituto Nacional de Perinatología, manifestando que el servicio profesional brindado al menor es el indicado en situaciones análogas y fue brindado por mi parte con toda calidad y profesionalismo...

9. Mediante escrito del 20 de febrero de 2004, la doctora Cristina Ramírez Rodríguez presentó su informe, en el que refirió:

Paciente que ingresa al servicio a la 11:55 hrs., procedente del servicio de urgencias con diagnóstico de Multigest con embarazo 37.5 semanas de gestación más ruptura de membrana, sin control prenatal como se menciona en la hoja de partograma, con antecedentes de dos partos previos sin complicaciones. A la exploración física paciente obesa exógena 120 kg aproximadamente, con buena coloración de piel y tegumentos, mucosas orales hidratadas, tórax con cardiopulmonar sin compromiso aparente abdomen globoso a expensas de útero gestante, con producto cefálico, frecuencia cardiaca fetal 142 por minuto, rítmico, presencia de actividad uterina al tacto vaginal con 3 cm dilatación, amnios rotos, salida de líquido claro. Permaneciendo durante el turno bajo vigilancia periódica de frecuencia cardiaca fetal y progresión de trabajo de parto. Con evolución satisfactoria de trabajo de parto, sin complicación a la entrega del turno.

10. A través de un escrito del 28 de abril de 2004, la doctora Susana Gómez Sosa, médica general adscrita al servicio de tococirugía, turno vespertino, del Hospital Regional de Puerto Vallarta, realizó la ampliación de su informe y narró lo siguiente:

Mi entrada al servicio de Toco CX del turno vespertino, es a las 15:00 Hrs., siendo las 15:10 Hrs, recibo paciente Femenino de 24 años de edad, con DX multigesta + Ruptura de membrana + EM6 37.5 SD6 con atención de importancia Obstétrico 63 P2 CO AO. Explorando a la paciente me encuentro ante una paciente con obesidad exógena, buena coloración de piel y tegumentos cardiopulmonar, sin compromiso, Abdomen globoso por útero gestante + panículo adiposo importante lo que me limitaba la valorización del fondo uterino y por ende el tamaño del producto, detectando producto único vivo FCF 140X' y actividad uterina establecida a la exploración vaginal detecto cervix central con 7cm, dilatación 80% borramiento con vigilancia Obstétrica estrecha durante una hora 35 minutos de duración, por lo que cuando se completa la dilatación pasa la paciente a sala de expulsión y procedo a la atención del parto. En posición ginecológica asepsia y antisepsia, colocación de campos estériles bajo anestesia local en periné, se realiza Episiotomía media realizándose maniobras de MCROBERTS, y extracción sostenida se realiza corte de prolongación de episiotomía lográndose, desprendimiento del hombro anterior y se extrae producto único vivo macrosómico, cabe mencionar que se presentó un periodo expulsivo prolongado ya que la paciente se negaba a cooperar con la parte de trabajo de parto que a ella corresponde propia de toda paciente en situaciones análogas, entregué de inmediato el producto al pediatra en turno que se encontraba en la sala; el cual me ayudó a la extracción del producto por la situación en que se encontraba la paciente. Entregando un producto macrosómico peso de 4.750 Kg, Apgar 2-6 en malas condiciones, continuando con la atención del parto. Realizó revisión de cavidad, reparación de episiorrafia y posteriormente se pasa a recuperación, sangrado escaso pasando finalmente puerperio fisiológico. Considero que la atención médica que se brindó a la paciente fue la más precisa y basandonos a las Normas de INPER, enfatizando que no contamos con Ginecólogo de Guardia en

esos momentos lo que describo aquí esta información se encuentra en el expediente clínico.

11. Mediante escrito del 20 de abril de 2004, la doctora Cristina Ramírez Rodríguez ofertó como pruebas el informe que rindió ante esta institución, copia de partograma de la paciente [agraviada] y nota médica del servicio de tococirugía elaborada a las 11:55 horas del 2 de enero de 2004, correspondiente a la citada paciente.

12. El 15 de junio 2004, la señora [agraviada] realizó las siguientes manifestaciones respecto a los informes rendidos por los médicos involucrados:

Siendo viernes 2 de enero a las 9:30 a.m. llego a urgencias del Hospital Regional con la fuente rota y dolores muy frecuentes, después de esperar durante 30 minutos me revisó la doctora para ver si era la fuente rota, ya que comprueban cierto me dejan hospitalizada y me comentan que tenía que ser cesárea porque ya se había reventado la fuente, después que estoy adentro, la doctora decide que no era necesario la cesárea. Así me dejaron durante varias horas esperando, pero yo seguía con los dolores muy fuertes, de hecho estuve vomitando del mismo dolor tan fuerte que ya no soportaba y les decía que me ayudaran pero ellos me decía que todavía no era hora, que aún me faltaba, pero después de tanto insistir en que me ayudaran porque yo ya no aguantaba, de hecho en un instante me sentí mareada y me llegó un aire helado, y le dije a la doctora que por favor me ayudara, que me sentía muy mal y en ese momento vieron que el bebé ya iba a nacer y me dijeron que me esperara para pasarme a la plancha, donde nacen los bebés.

Lo que comentó la doctora Susana Gómez, que yo no cooperé, es falso, hice todo lo que pude, sólo que el niño venía demasiado grande y estaba atorado era inútil, y yo me sentía demasiado cansada de hecho me regañaban porque yo no hacía fuerza, y un enfermero se me subió arriba de la panza que para ayudarme para expulsar el bebé. En ese momento llegó el pediatra Estrada, y él lo jala y lo forza para que salga y en ese momento finalmente sale el bebé a las 4:45 p.m.

El niño ya estaba morado y se estaba asfixiando, inclusive tardó un rato para llorar, después de unos 15 minutos aproximadamente, me comentó el pediatra que el niño traía un brazo lastimado, que tenían que internarlo para revisar si la clavícula estaba quebrada o solamente lastimada, el niño se quedó y mi hermana, mi esposo y yo, estábamos yendo a pedir información sobre el niño en esos días, porque el niño se quedó cinco días internado, y no nos daban información correcta porque el pediatra de la mañana decía que traía una infección en los intestinos y el pediatra de la tarde a mi esposo le decía que el hígado lo traía grande, pero que el niño estaba estable, al

siguiente día yo fui en la mañana a ver cómo seguía y en ese momento estaba la enfermera con el niño y le pregunté que cómo estaba, si ya estaba bien o cómo seguía y ella me contestó que el niño un día anterior se les había puesto mal, de hecho me dijo que ella pensó que el niño se les iba a ir, pero que ya estaba bien y a nosotros en ningún momento nos lo dijo el pediatra de la mañana, porque nosotros íbamos tres veces al día a preguntar por el niño y nunca nos comentaron nada. De hecho el pediatra nos dijo que no era necesario que estuviéramos todo el tiempo ahí adentro con el niño. Después de hacer estudios nos dicen que el niño tiene un tumor en el riñón derecho y que tenían que trasladarlo a Tepic porque ellos no tenían el equipo necesario para atenderlo, el jueves siete lo trasladaron a Tepic y se fue mi hermana con él porque yo aún me sentía un poco mal, también me lastimaron y no podía estar mucho tiempo parada o sentada. Estando el niño en Tepic, nuevamente le hacen estudios allá y le comentan a mi hermana que era necesario operarlo y ella me habla por teléfono para que yo vaya, yo me voy el domingo once y lo operan el lunes doce, le sacan el riñón derecho y me lo entregan, y me dan una orden para que yo lo lleve a un laboratorio a hacerle estudios al riñón para comprobar si era tumor o no, porque el doctor no encontró nada. Después que le llevamos los resultados, el cirujano habla con nosotros, porque para ese entonces ya estaba también mi esposo con nosotras en Tepic, y nos dice realmente lo que tenía, que el niño no tenía ningún tumor, lo que había pasado fue que al niño lo habían lastimado demasiado y lo forzaron mucho, porque el riñón se encontraba macerado y destruido en su totalidad, que era para que en el momento que el niño no podía salir se hubiera procedido a hacer una cesárea de emergencia, sin embargo no lo hicieron. También nos dijo que el niño con esa operación ya estaba bien solamente que tenía que estar unos días internado para estar en observación, después de trece días que el niño estuvo internado en el hospital de Tepic, nos lo dieron de alta, pero el cirujano que lo operó nos dijo que teníamos que estarlo llevando a revisión porque traía trauma de nacimiento.

13. Mediante escrito del 28 de abril de 2004, el doctor Alfredo Plácido Bravo ofertó probanzas, consistentes en copia del estudio de ultrasonido practicado al recién nacido [...] el 7 de enero de 2004 por el doctor Héctor Vega Rojas; copia del manual de "Normas de Neonatología" elaborado por el Instituto Nacional de Perinatología. Ofreció prueba confesional, la cual no fue admitida, en virtud del espíritu que rige de evitar la confrontación entre las partes; además, la instrumental de actuaciones que hizo consistir en todo lo actuado dentro del expediente de queja, así como la presuncional.

14. Mediante acuerdo del 16 de julio de 2004 se ordenó solicitar la colaboración del director del Hospital Civil de Tepic, Nayarit, a fin de que remitiera copia certificada del expediente clínico del recién nacido [...].

15. El 27 de julio de 2004 se recibió el oficio número 377/2004, suscrito por el doctor César Alberto Madrigal Macías, director del Hospital Civil "Dr. Antonio González Guevara" de Tepic, Nayarit, al cual anexó copia certificada del expediente clínico del bebé [...].

16. El 25 de julio de 2005 se ordenó solicitar la colaboración del director del Centro de Salud de Puerto Vallarta para que remitiera copia certificada del expediente del control prenatal de la paciente [agraviada].

17. El 25 de septiembre de 2006 se ordenó solicitar al director del Instituto Jalisciense de Ciencias Forenses (IJCF) la emisión del dictamen respecto a la atención médica proporcionada a la quejosa [agraviada] y bebé [...].

18. El 14 de septiembre de 2007 se recibió el oficio número 62262/07/09CN/ML, suscrito por el doctor Francisco Javier Villagómez Jiménez, perito médico del IJCF, mediante el cual emitió el dictamen pericial solicitado por esta institución.

II. EVIDENCIAS

1. El 22 de enero de 2004, [testigo] rindió ante personal de esta Comisión su testimonio respecto de los actos investigados por esta institución y manifestó lo siguiente:

El día 2 de enero de 2004, aproximadamente a las 2:00 A.M, mi hermana [agraviada], quien por su estado de gravidez se encontraba en casa de mis padres, lugar donde yo habito, nos avisó que creía que ya se le había roto la fuente pues estaba secretando líquido, sin embargo ante la poca cantidad de líquido, ella decidió que esperaríamos hasta que amaneciera para trasladarnos al hospital. Aproximadamente a las 9:00 nueve de la mañana del citado día 2 dos de enero mi hermana y su esposo se trasladaron al Hospital Regional de Puerto Vallarta, Jalisco, y la suscrita lo hice hasta que pasadas dos horas no recibíamos comunicación por parte de mi hermana. Aproximadamente a las 11:00 de la mañana llegué al área de urgencias del Hospital Regional de Puerto Vallarta, lugar donde me dirigí con la trabajadora social a quien pregunté por mi hermana, informándome que ésta ya se encontraba en el área de partos, sitio al que me trasladé y me reuní con mi cuñado, es decir el esposo de mi hermana. Desde esa hora, hasta las 16:40 horas, que fue la hora del alumbramiento, esperamos en el área de urgencia a que se nos avisara cuál era la evolución. De esta forma, la Trabajadora

Social, que era la única persona a quien podíamos dirigirnos, nos decía que ella no tenía información, que debíamos seguir esperando. Aproximada a las 17:30 horas se nos informó que el bebé ya había nacido, pero que esto había sucedido desde las 16:40 horas, es decir una hora antes, por lo que de inmediato la suscrita me introduje al área de recuperación donde tenían a mi hermana y la localicé recostada en un cuarto, en compañía de un médico quien estaba vigilando su evolución, del cual desconozco su nombre. Así este facultativo me comentó que había sido un parto difícil, ya que el menor al nacer pesó 4.750 kilogramos, lo que dificultó su parto, que quizá el niño traía los brazos rotos y algunas costillas también, igualmente me comentó que el niño se estaba asfixiando ya que salió todo morado, que si no lo hubieran forzado a salir se les hubiera muerto en el parto. Ese mismo médico me condujo al área de cuneros a fin de conocer a mi sobrino, acto seguido me regresé a informar a mi familia lo sucedido. El día 3 de enero de 2004, regresé junto con mi cuñado por la mañana al hospital para ver a mi hermana que iba a ser dada de alta ese día, de esta forma se nos informó que el niño se quedaría en observación. El 4 de enero regresé al Hospital Regional a ver a mi sobrino, en dicho lugar el médico pediatra del turno matutino, de quien no recuerdo su nombre, me informó que el niño necesitaba estudios médicos, que se había puesto grave, ya que tenía el estómago muy inflamado y que probablemente tenía infección en los intestinos. De ese sitio nos trasladamos al laboratorio donde hicieron los análisis respectivos, hecho lo cual nos regresamos al Hospital y el pediatra del turno matutino me confirmó que mi sobrino tenía una infección intestinal lo que hacía que su estado fuera grave y que si se complicaba su cuadro clínico, el niño tendría que ser enviado a Tepic o a Guadalajara, de lo contrario podía morir, sin embargo lo que tenían que hacer de inmediato era ponerlo en ayunas. Cabe decir que entre los pediatras del turno matutino y del vespertino del Hospital Regional de esta ciudad se suscitaron diferentes versiones respecto del padecimiento de mi sobrino, ya que contrario a lo dicho por el facultativo de la mañana, el pediatra del turno vespertino manifestó al papá del menor que su padecimiento era hepático y no intestinal. El 7 de enero, arribé al Hospital Regional y el médico pediatra matutino me informó que mi sobrino estaba grave que había empeorado su estado y que era necesario trasladarlo a un hospital de Tepic o Guadalajara, pero antes había que practicarle algunos exámenes, yo le pedí me informara que era lo que tenía mi sobrino, respondiéndome que probablemente era un tumor canceroso en el riñón y que había riesgo de que perdiera dicho órgano. Así, me trasladé con mi sobrino a la empresa denominada [...], con domicilio en la calle [...], colonia [...], donde le realizaron un estudio clínico donde supuestamente le detectaron la existencia de un tumor cancerígeno en su riñón derecho, con lo cual se confirmó su inmediato traslado a la ciudad de Tepic, Nayarit, al Hospital General de Tepic. Aproximadamente a las 16:30 horas, me trasladé junto con mi sobrino en una ambulancia del Hospital Regional de Puerto Vallarta, llegando al Hospital General de Tepic aproximadamente a las 18:30 horas de Tepic, Nayarit, lugar donde de inmediato se ingresó al menor al área de neonatología. El 9 de enero el médico pediatra del turno vespertino me informó que mi sobrino tendría que ser operado toda vez que presentaba un tumor cancerígeno localizado en el área de riñón derecho, el cual muy probablemente tendría que ser extirpado, pero que eso sólo podrían saberlo hasta la

operación. El 12 de enero de 2004, a las 11:30 horas mi sobrino fue ingresado a quirófano e intervenido, informándonos a todos quienes estábamos ahí que había salido bien de la operación.

2. Expediente clínico del Hospital Regional de Puerto Vallarta, Jalisco, correspondiente a la [agraviada], del que se desprende:

PARTOGRAMA:

02-01-04 10:40 hrs. Gesta 3, Para 2, abortos 0, cesarea 0, F.U.M 13-04-03

Motivo de la Consulta: CUTTP+R.P.M.

Menarca 12 años

IVSA 18 años

Control Prenatal- NO

Alergias: NO

SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO

Semanas de Amenorrea: 37.5

Edema: +

Contracciones x10 Min. 2

Membranas Rotas

F.O Fetal: 130

Cuello del Utero: Central-Resistente

Observaciones: Borramiento 70%, dilatación 3cm.

Paciente multipara con trabajo de parto regular, salida de líquido escaso.

NOTA MÉDICA DEL SERVICIO DE TOCOCIRUGÍA

2-01-04 11:55 hrs. NOTA DE INGRESO A TOCO

Paciente fem. 24 años de edad originaria de Pto. Vallarta, Jalisco y residente del mismo, con DX. Emb. 37.5 SDO+CUTT+RPM 9 horas

A su ingreso paciente consciente, orientado, cooperador con buena coloración de piel y tegumentos mucosas orales hidratadas, tórax con cardiopulmonar sin compromiso aparente, abdomen globoso a expensas de útero grávido FCF 142x rítmico, dorso regular al tacto vaginal, salida de líquido claro, Ext, sup e inf. Integras.

APPI- Transfusión a 6 años, niega alergias, fracturas tobillo, niega cirugías.

APNP- Niega tabaquismo, alcoholismo, drogas.

AHF- Negados

AGO- Menarca 12 años, ciclos 5x30 días, IUSA=17=PS-1 6=2 D=2 C=0, A=-0

FUM= 15-04 FPP27-01-04 Papanicolao 2 años (normal) Método PF. Inyectable.

Plan: conducción/hidratar, vigilar FCF, actividad uterina.

Dx. multigesta con emb. 37.5 +CVTTP+RPM. Dra. Cristina Ramírez.

NOTA POST-PARTO

02-01-04 19:06 hrs.

Paciente en sala de expulsión posición ginecológica, asepsia y antisepsia, colocación de campos estériles se infiltra periné, se realiza episiotomía media, se obtiene producto masculino, que tarda 5 minutos al cual no cooperó la paciente. Presentando trauma obstétrico, se aspiran secreciones sin respuesta a estímulos, tono muscular flácido, cianosis generalizada; peso 4.750 kg. Apgar: 2-6 Hora 16:45 a los 5 minutos alumbramiento completo espontáneo, se revisa cavidad sin restos placentarios, se repara episirrafia y reparación de esfínter anal y mucosa anal. Con crómico 2-0 y del O. Mucosa de vagina con punto de surgete continuo. Se lavan genitales pasa a recuperación sin complicaciones útero en involución uterina, sangrado escaso. Dra. Susana Gómez Sosa. 2781796.

DATOS DEL EXPEDIENTE CLÍNICO DEL RECIÉN NACIDO [...]:

Historia Clínica:

- Nació en el Hospital Regional de Puerto Vallarta
- Fecha de nacimiento 2 de Enero 2004
- Hora 16:45 horas
- Sexo masculino
- Edad gestacional de 38 semanas

Antecedentes Maternos:

- Edad 24 años
- Estado civil unión libre
- Lugar de nacimiento Puerto Vallarta, Jalisco.
- Donde radica Puerto Vallarta, Jalisco
- Escolaridad: Secundaria
- Grupo Sanguíneo A(+)
- Intervalo intergenésico 4 años
- Gesta: 3 (embarazos)
- Para: 3 (partos)
- Aborto: 0
- Cesárea: 0
- Número de muertes fetales: 0
- Pretérminos: 0
- Hijos Vivos: 3
- Número de muertes neonatales: 0
- Tabaquismo: negado
- Alcoholismo: negado
- Drogas: negación

Gestación.-

- Deseado: sí
- Control Prenatal: sí
- Número total consulta: 6
- Problemas en el primer trimestre: negativo
- Problemas en el segundo trimestre: negativo
- Problemas en el tercer trimestre: negativo
- Medicamentos por trimestre sólo calcio

Trabajo de parto:

- Analgesia

Nacimiento:

- Distócico por distocia de hombros
- Líquido amniótico meconial +++

Evaluación al minuto del recién nacido:

- Frecuencia cardiaca menos de 100 latidos por minuto
- Esfuerzo respiratorio: ausente
- Coloración: cianosis generalizada (morado)
- Tono muscular: Flacidez generalizada
- Respuesta a estímulos: no responde
- Puntaje de APGAR: 2

Reanimación Inicial:

- Aspiración secreciones
- calor ardiente
- Ventilación con ambu y mascarilla

Evaluación a los 5 minutos y mascarilla:

- Frecuencia cardiaca mayor de 100 por minuto
- Esfuerzo respiratorio satisfactorio
- Coloración acrocianosis (coloración cianótica con frialdad y sudoración de las extremidades).
- Tono muscular: algunas flexiones
- Respuesta a estímulos con llanto
- Puntaje de apgar: 8
- Reanimación subsecuente oxígeno inhalado

Evaluación respiratoria (Silverman Anderson):

- Movimientos toracoabdominales: solo abdominales
- Tiro intercostal: discreto
- Retracción xifoidea: discreta
- Aleteo nasal: ausente
- Quejido respiratorio: ausente
- Frecuencia respiratoria por minuto 40
- Puntaje de Silverman 4-3
- Narinas permeables
- Orejas permeables
- Labio íntegro
- Paladar íntegro
- Esófago permeable
- Ano permeable
- Vasos umbilicales una vena: dos arterias
- Alteraciones morfológicas evidente: No
- Valoración clínica de la edad gestacional (estudio capurro): 38 semanas

Antropometría:

- Peso 4750 kg.
- Perímetro cefálico 37 cm.
- Perímetro torácico 38 cm.
- Perímetro abdominal 39 cm.
- Longitud coronilla-talón 59 cm.
- Pie 9 cm.

Realizado por la doctora Susana y el doctor Estrada.

3. Expediente clínico del Hospital Civil "Dr. Antonio González Guevara", con sede en Tepic, Nayarit, correspondiente al recién nacido [...], en el que obran, entre otras, las siguientes constancias médicas:

Peso al nacer 4,800, edad gestacional 37.

CLASIFICACIÓN: 3. Término hipertrófico.

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL DEFINITIVO: Trauma de nacimiento, hematoma renal derecho.

DIAGNÓSTICOS NO CONFIRMADOS: rnt pgeg Sind. Colestásico en es. Sépsis temprana SGA. Masa abdominal en est. Prob. Neunomía in útero.

HOSPITALIZACIÓN:

1. DIAS EN UCIN (9)
2. DIAS EN UCIRN (4)
3. C y D ()
4. Total 13

1. MOTIVO DE ALTA: MEJORÍA

Hoja de referencia con número de control 0006/04

Refiere: Hospital Regional Puerto Vallarta

Referido: Hospital General de Tepic

Servicio al que se envía: Neonatología Confirmó: Dr. Licea

Resumen clínico del padecimiento:

Madre de 24 años, vive en UL, gesta 3, refiere sana, curso con embarazo aparentemente normoevolutivo aunque no llevó control prenatal. Se tiene parto distócico por distocia de hombros con dif para extracción, por probable elongación de plexo. Hipoxia neonatal Apgar 2-7-8 que requirió de maniobras de reanimación con Bolsa, válvula mascarilla e intubación endotraqueal. SA 4/3 persistiendo polipnéico desde el nacimiento. Aparentemente sin otras complicaciones una vez recuperado con Dextrostix 20 por lo que se confirmó hipoglucemia y se inicia manejo de glucosa con GKM de 8 manteniendo cifras normales.

Inició la VO siendo inicialmente bien tolerada, manifestando obstrucción intestinal por distensión de abd 43 cm, RX dilatación de asas y edema, se sospecha de ECN IB por una evacuación única de sangre fresca. Inició ayuno hoy (48 horas) desde el nacimiento se iniciaron doble esquema ampi/amika por leucocitosis y reactantes de fase aguda alterados. Al tercer día presenta hepatomegalia, ictericia con hiperbilirrubinemia a exper Bd 14, solicitamos USG reporta tumoración abd a nivel de hipocondrio derecho renal de la g. Suprarrenal.

SIGNOS VITALES:

PRESIÓN ARTERIAL: 77/45 TEMPERATURA 37°C

FRECUENCIA RESPIRATORIA: 54x'

FRECUENCIA CARDIACA: 140 x'

SOMATOMETRÍA:

PESO: 4,800 Kgs. TALLA: 54 cms. (sic)

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Tumoración abdominal a desc. Neuroblastoma, sépsis neonatal. Sosp. De ECN IB, Prob. Obstrucción intestinal. Colestasis hepática. Hipoxia neonatal por parto distócico. Fetopata diabético.. Firma Dra. Laura H. Pérez Partida. Dr. Alfredo Placito Bravo.

-HOJA DE CONTRAREFERENCIA:

Hijo de madre de 24 años, G:3, P:2, nace por vaginal, distócico, hombros, hipoxia perinatal severa, requirió PP intubación, Apgar 2/7/8. Se trae de Hospital Reginal Pto. Vallarta. Se envía a los 6 días de VEU, se tomó USG que reveló tumor renal. Se decide cirugía en ese nosocomio, se encontró riñón macerado y destruido en su totalidad. Se realizó nefrectomía total. Su posterior evolución es favorable con tolerancia en vía oral, se manejó además con antibiótico, soluciones IV, incubadora, O2 y puede egresar y continuar control en su clínica con control a CE de "Neonatología".

-ULTRASONIDO HEPÁTICO a nombre de RN [...]. Reportó lo siguiente:

La exploración mostró que el hígado se encuentra de características generales normales, discretamente rechazado hacia arriba y medialmente a expensas de la presencia de masa infrahepática posterior derecha, de aspecto nodular y características heterogéneas, aparentemente mixta, situada por encima y enfrente del riñón derecho, pero incluida en la cápsula renal.

El riñón derecho no muestra datos de ectasis urinaria.

Las dimensiones de la masa se encuentran registradas en fotos anexas.

Riñón izquierdo sin compromiso.

Idx= Masa heterogénea subcapsular renal derecha: Descartar Tumor de Wilms. Firma: Dr. Flores Nava IMAGENÓLOGO. FECHA: Enero 8, 2004.

-Estudio anatomopatológico del riñón derecho del RN Alonso Villa. Médico tratante Dr. Daniel Balderas Gurría. Pieza remitida: Riñón derecho. Diagnóstico Clínico: Neuroblastoma.

INFORME ANATOMOPATOLÓGICO:

DESCRIPCIÓN MACROSCÓPICA: ESPECÍMEN DE TEJIDO PRODUCTO DE NEFRECTOMÍA DERECHA, INCLUYENDO GLÁNDULA SUPRARRENAL. PESA 50 GRAMOS, MIDE 8:4X5.2X3.5 CM., SE ACOMPAÑA DE TEJIDO ADIPOSO EN LA SUPERFICIE EXTERNA, PÉRDIDA DE LA CONTINUIDAD EN POLO SUPERIOR, BORDES DE SECCIÓN VASCULAR LIGADOS. AL CORTE SE IDENTIFICA PARENQUIMA RENAL DE 5X2.5X2.2 CM. Y ABUNDANTES COÁGULOS ADYACENTES, INCLUYENDO EN EL TEJIDO ADIPOSO SUPERFICIAL. AL CORTE SERIADO NO SE IDENTIFICA TUMOR, SOLO HEMORRAGIA. SE INCLUYEN DOCE CORTES REPRESENTATIVOS EN DIEZ CÁPSULAS CON LETRAS A,B,C,D,E,F,G,H,I Y J, DEL POLO SUPERIOR AL INFERIOR.

12 DE ENERO DE 2004. AGH.

DIAGNÓSTICO.- PRODUCTO DE NEFRECTOMÍA DERECHA:

- A) GLÁNDULA SUPRARRENAL CON NECROSIS ISQUÉMICA HASTA EN UN 95% DE LA SUPERFICIE, CON HEMORRAGIA DIFUSA, HEMOSIDEROFAGOCITOSIS Y CALCIFICACIÓN DISTRÓFICA FOCAL.
- B) HEMORRAGIA Y NECROSIS ISQUÉMICA EN CÁPSULA RENAL Y TEJIDO ADIPOSO ADYACENTE.
- C) PARENQUIMIA RENAL SIN DATOS DE NEOPLASIA, HEMORRAGIA LEVE DIFUSA.
- D) BORDES DE SECCIÓN VASCULAR SIN LESIÓN.
- E) NO SE IDENTIFICAN NEOPLASIA.

*SE ANEXAN LAMINILLAS Y ESPECIMEN QUIRÚRGICO.

DRA. C. ARACELI GONZALEZ HDEZ.

4. Mediante oficio 62262/07/09CN/ML, el doctor Francisco Javier Villagómez Jiménez, perito médico del IJCF, rindió dictamen de responsabilidad médica, de cuyo contenido se transcribe lo siguiente:

En la intervención que realizó la doctora SUSANA GÓMEZ SOSA que realizó una atención obstétrica de parto vía vaginal a la quejosa de nombre [agraviada] [sic] ya que el embarazo que presentaba se encontraba un producto de 4 kilogramos, 750 gramos encontramos en este caso específico un producto con macrosomía fetal en donde no se realizó una pelvimetría o medición ecográfica de las dimensiones del producto previa, no se encuentra consignado en el expediente para ver si era adecuado la intervención del parto vaginal y que fuera de forma eutócica a la que fue sometida la antes quejosa y al alumbramiento del producto nos encontramos con un parto distócico con complicaciones de hipoxia fetal por lo que fue tratado por pediatras del nosocomio Regional de Puerto Vallarta y posterior se remite al hospital regional de Tepic para atención de una supuesta tumoración encontrada al producto que al llegar al nosocomio a Tepic Nayarit se diagnosticó dicha tumoración como un neuroblastoma.

El neuroblastoma es el tumor congénito más común y el tumor se presenta en el primer año de vida su incidencia es de 10 casos por millón de niños en edades de 0 a 4 años, los neuroblastomas tienen la incidencia más elevada en la regresión espontánea en humanos que ningún otro tumor, la localización primaria más importante son las glándulas suprarrenales, lo cual produce una masa abdominal con síntomas más frecuentes la distensión y el dolor abdominal y hematuria indolora las pruebas de laboratorio que se deben realizar recuento de fórmula de análisis de orina y radiografías de tórax, bioquímica sanguínea, creatinina bun, sgot sgpt fosfatasa alcalinas, radiografías simples de abdomen, tac abdominal y tac de pulmón en caso concreto se detecta una tumoración por parte del departamento de cirugía en especial por el doctor DANIEL BALDERAS GURRÍA Y EQUIPO quirúrgico en el expediente que versa dicha queja no se tiene por enterado que al momento de hacer diagnóstico determinó con exactitud el diagnóstico por medio de la clínica así como determinar el estadio de dicho tumor para ver tratamiento específico y se realiza la extirpación del tumor, este caso específico se extirpó el riñón completo con accesorios adyacentes y posterior a la extirpación por medio de estudio anatopatológico a cargo de la doctora ARACELI GONZÁLEZ HERNÁNDEZ, donde no encuentra dicho tumor neuroblastoma.

DE TODO LO ANTES EXPUESTO SE DEDUCE QUE:

1.- SI existió una conducta NEGLIGENTE, IMPRUDENTE, por parte de la Dra. SUSANA GÓMEZ SOSA en la atención obstétrica que le brindó a la C. [agraviada] [sic], ya que atendió un parto con un producto macrosómico y el producto sufrió hipoxia fetal a consecuencia de dicha atención y no tomando las medidas de para clínicos adecuados para la atención de la quejosa.

[...]

3.- No existió conducta NEGLIGENTE, IMPRUDENTE e IMPERICIA por parte de los DOCTORES ARACELI GONZÁLEZ HERNÁNDEZ, ALFREDO PLÁCITO BRAVO y CARLOS ESTRADA GALVÁN en la atención del producto.

5. Oficio Méd-Psic.063/05 del 14 de febrero de 2005, signado por la doctora Ana Isabel Neri Alonso, adscrita a esta Comisión, mediante el cual emitió opinión médica respecto del caso de la señora [agraviada] y del recién nacido [...], de cuyo contenido se transcribe lo siguiente:

CONCLUSIONES:

En lo que se refiere a la atención médica de la evolución durante el embarazo y parto de la señora [agraviada], no se realizó un adecuado manejo obstétrico, palpación obstétrica en las maniobras, de una exploración clínica adecuada, apoyándose de la cefalometría ecográfica (estudio de gabinete ecográfico donde se mide los diámetros cefálicos del feto y los diámetros pélvicos de la madre), no se realizaron glicemias a la madre (toma de sangre para cuantificar la glucosa materna) previendo el antecedente diabético, tomando en cuenta que son riesgos obstétricos. Los siguientes y los cuales se presentaron:

- Madre diabética
- Madre obesa
- Feto macrosómico
- Ruptura prematura de membranas
- Presencia de líquido meconial indicativo de sufrimiento fetal.

Siendo estas alteraciones, indicaciones para la realización de operación cesárea, las cuales fueron omitidas, evitando proporcionar a la madre y al recién nacido una atención oportuna impartida con calidad y calidez NOM-007-SSA-1993 atención a la mujer durante el embarazo, parto.

Por lo contrario, trajo como consecuencias un parto distócico ocasionando:

- Trauma obstétrico
- Sufrimiento fetal
- Distocia de hombros (elongación del plexo)
- Hipoxia
- Necrosis isquémica de glándula suprarrenal derecha.
- Hemorragia y necrosis isquémica en cápsula renal (Ver página de aspectos bibliográficos)...

III. MOTIVACIÓN Y FUNDAMENTACIÓN

De los antecedentes, hechos, evidencias e investigaciones practicadas por este organismo y del análisis lógico-jurídico de los mismos, se evidencia que las doctoras Cristina Ramírez Rodríguez y Susana Gómez Sosa, servidoras públicas adscritas al Hospital Regional de Puerto Vallarta, actuaron, la primera, con negligencia en la atención previa y, la segunda, en la atención del parto de la señora [agraviada], al no haber tomado las medidas necesarias para prevenir cualquier menoscabo en la salud de la paciente y del producto de su embarazo, entre ellas la atención por parte de un médico especialista o haber realizado una pelvimetría al tratarse de un producto macrosómico, lo que provocó que al nacer el bebé sufriera hipoxia fetal a consecuencia de la inadecuada atención.

Los quejosos [agraviada] y [quejoso] se inconformaron en contra de la médica Susana Gómez Sosa, adscrita al área de tococirugía del Hospital Regional de Puerto Vallarta, así como de los médicos pediatras Alfredo Plácido Bravo y José Carlos Estrada Galván, del turno matutino y vespertino, respectivamente, también adscritos al citado nosocomio, al considerar que la primera no debió atender su parto por la vía vaginal, ya que el bebé pesó al nacer 4.750 kilogramos. También se inconformaron de haber recibido información contradictoria por parte de los pediatras respecto a la salud del bebé, pues el pediatra del turno matutino manifestó que el niño tenía una infección intestinal y el del turno vespertino le comentó al padre que tenía una inflamación hepática; después les indicaron que el recién nacido tenía un tumor cancerígeno en el riñón derecho y determinaron su traslado al Hospital Civil de Tepic, en donde le fue extirpado dicho órgano. La quejosa agregó que del estudio de neuroblastoma efectuado al riñón extirpado se determinó que no existía tumor alguno, pero que el órgano había sido severamente lastimado por los médicos al momento de realizar las maniobras para extraer al bebé en la atención del parto (antecedentes y hechos 1).

La doctora Cristina Ramírez Rodríguez, adscrita al servicio de tococirugía del turno matutino del Hospital Regional, al rendir su informe sostuvo que recibió a la paciente a las 11:55 horas del 2 de enero de 2004, procedente del área de urgencias, con ruptura de membranas y con antecedente de no control prenatal y que permaneció en su turno bajo vigilancia periódica de frecuencia cardíaca fetal

y progresión de parto, con evolución satisfactoria sin complicaciones a la entrega del turno (antecedentes y hechos 9).

Por su parte, la doctora Susana Gómez Sosa señaló en su informe que recibió a la paciente a las 15:10 horas y que en el hospital no contaban con ginecólogo de guardia en esos momentos, por lo que atendió el parto junto con el pediatra José Carlos Estrada Galván. Afirmó que su actuación fue precisa, (antecedentes y hechos 6 y 10), pero si bien se logró la extracción del niño, lo cierto es que las maniobras realizadas para su nacimiento le lastimaron el riñón derecho, lo que provocó que ese órgano sufriera maceración y conllevara a su posterior extirpación (evidencias 3 y 4).

De todo lo señalado con antelación se observa que, no obstante que la quejosa llegó al área de urgencias del Hospital Regional de Puerto Vallarta aproximadamente a las 10:00 horas, las médicas que la atendieron no le realizaron el estudio de pelvimetría requerido para establecer la necesidad o no de practicar una cesárea y que fuera preparada para ello. Así, dentro del turno en que laboró la doctora Susana Gómez Sosa se advierte que la paciente [agraviada] estuvo a su cargo a partir de las 15:10 horas y que el nacimiento del bebé fue a las 16:45 horas.

También se evidencia que con sus acciones y omisiones, las médicas Cristina Ramírez Rodríguez y Susana Gómez Sosa incurrieron en una prestación indebida del servicio público que se tradujo en la violación del derecho a la salud (negligencia médica), la cual ocurre cuando se verifica una acción u omisión de los servidores públicos profesionales en medicina por deficiencia, retraso, inadecuada prestación del servicio o negligencia.

Es especialmente grave la violación cuando está de por medio la atención especializada en el área materno-infantil, y en el caso que nos ocupa se puso en riesgo la salud de la quejosa y de su hijo recién nacido. En especial del niño, que a raíz de esa mala praxis sufrirá un detrimento permanente en su expectativa y calidad de vida, al habersele extirpado un órgano vital, como lo es un riñón.

Por su parte, el pediatra Alfredo Plácido Bravo manifestó en su informe que realizó la atención médica del recién nacido [...] de acuerdo a las Normas de

Neonatología del Instituto Nacional de Perinatología y que otorgó un servicio profesional y de calidad al menor (antecedentes y hechos 8).

En tanto que el también pediatra José Carlos Estrada Galván manifestó en su informe que como a las 16:40 horas del 2 de enero de 2004, cuando él se encontraba en el servicio de urgencias del Hospital Regional, le solicitaron que se presentara en el servicio de Toco-Quirófano, en donde la doctora Susana Gómez Sosa atendía el parto de la señora [agraviada]. Precisó que observó la cabeza del producto fuera del canal de parto y que no acudió ningún gineco-obstetra en ese turno, por lo que a petición de dicha doctora la auxilió en la extracción del producto. Sujetó la cabeza del bebé y la inclinó hacia abajo para liberar hombro anterior y después hacia arriba para liberar hombro posterior; una vez que salió, se realizaron maniobras de reanimación para recién nacido, calificándolo con Apgar 2-7, a los minutos 1 y 5, respectivamente, y se decidió su paso a cunero patológico.

Con respecto a los comentarios que, según dijeron los quejosos, expresó el doctor Daniel Balderas Gurría acerca del riñón extirpado y la no detección de la tumoración, además de que encontraron al bebé muy lastimado y que el alumbramiento debió ser por cesárea, el doctor Estrada Galván argumentó que, según se desprende del expediente clínico, no se detectaron lesiones en el bebé, a excepción de una equimosis facial y probable elongación del plexo braquial izquierdo. Agregó que en los exámenes generales de orina de los días 5, 6 y 7 de enero de 2004 no se reportó presencia de hematuria que sugiriera traumatismo renal, y que el estudio de ultrasonido abdominal reportó masa en hipocondrio derecho de origen a determinar, que desplaza ligeramente al hígado y al riñón, sin descartar neuroblastoma y sugiriendo tomografía axial computarizada (TAC) ambos riñones de tamaño normal (antecedentes y hechos 7).

Al considerar el contenido de dichos informes queda de manifiesto que por la negligencia de las doctoras Cristina Ramírez Rodríguez y Susana Gómez Sosa, la primera en la atención previa y la segunda durante el parto, el recién nacido tuvo que ser sometido a diversos tratamientos médicos para preservar su salud y encontrar mejoría, por el menoscabo que sufrió durante su nacimiento. Ello es así porque, como se desprende del propio informe de la doctora Cristina Ramírez Rodríguez, médica que recibió a la citada paciente del área de urgencias a las 11:55 horas, así como de las constancias que obran en el expediente clínico,

durante el tiempo que estuvo a su cargo realizó un manejo conservador de atención de parto normal, sin haber realizado la pelvimetría requerida y prever la necesidad de una cesárea a fin de solicitar una regulación para que la paciente fuera atendida por un gineco-obstetra en otro hospital, o procurar en el nosocomio de Puerto Vallarta la presencia de dicho especialista. Esto conllevó a que dentro de la guardia de la doctora Susana Gómez Sosa, médica que atendió el parto de la quejosa, se presentaran complicaciones en la extracción del producto, que desembocaron en las lesiones sufridas por éste al momento de nacer.

Ahora bien, se debe tener en consideración que la salud pública constituye un derecho universal contemplado en instrumentos internacionales. El cuidado y protección de la mujer durante el periodo de embarazo tiene una mención especial, al constituir un grupo con mayor vulnerabilidad, tal y como lo contempla la Declaración Universal de los Derechos Humanos, en su artículo 25, que a la letra establece:

Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo, derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez [...] 2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales...

En el presente caso se incumplió con este derecho, debido a la falta de atención especializada en el área de tococirugía, ya que el 2 de enero de 2004 el turno vespertino no fue cubierto por el gineco-obstetra de guardia, especialista necesario para llevar a cabo la atención especializada de la paciente [...], quien requería una operación cesárea. La mujer llegó aproximadamente a las 10:00 horas para su atención, y transcurrieron más de seis horas para su alumbramiento, tiempo en el que se podría haber gestionado su traslado a otra unidad médica o, en su defecto, tomar las providencias necesarias para preservar la salud del binomio madre-hijo.

Al respecto, el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales reconoce el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud. En el presente caso, en el Hospital Regional de Puerto

Vallarta no se contaba con gineco-obstetra de guardia, siendo éste el especialista indicado para la práctica de la operación cesárea que necesitaba la quejosa.

No escapa del análisis que el Hospital Regional de Puerto Vallarta tiene una cobertura para 229 102 habitantes (115 883 asegurados y 113 219 población abierta¹), aunado a que dicha ciudad recibe un gran número de turistas, como lo muestra la Secretaría de Turismo de Jalisco en un dato publicado en su página *web* en 2006, donde asegura haber tenido una afluencia total de 3 868 152². Dicho hospital presta servicios en el área de gineco-obstetricia; sin embargo, en la fecha que fue atendida la quejosa, el médico de esa especialidad no acudió a laborar y en el nosocomio no se tuvo el cuidado de cubrir su ausencia. En consecuencia, se estima factible y urgente que el hospital sea equipado con la infraestructura y personal médico requerido para atender la demanda de la población en el área de gineco-obstetricia, considerando su densidad demográfica.

Cabe destacar que, según informaron los servidores públicos Susana Gómez Sosa y José Carlos Estrada Galván, al momento de atender el parto de la señora [agraviada], no se contaba con gineco-obstetra de guardia en el hospital, por lo que en este caso, después de hacer el examen necesario, que según la opinión del perito del IJCF era una pelvimetría, la médica tratante debió haberla derivado a un nosocomio con capacidad para atender la urgencia correspondiente, lo cual no ocurrió.

Esta Comisión estima necesario que la Secretaría de Salud Jalisco dote a los hospitales regionales del equipamiento material y humano suficiente para enfrentar las necesidades de los usuarios que acuden a los nosocomios públicos como su única opción de atención médica, tomando en consideración los costos económicos elevados que implica la práctica médica privada y que no es accesible a la mayoría de los pacientes.

El derecho a la protección de la salud implica un mayor compromiso del Estado y de los servidores públicos encargados de brindarla, y si consideramos que la señora [agraviada] fue recibida en el área de urgencias a las 10:40 horas del 2 de

¹ Disponible en <http://ssj.jalisco.gob.mx/index.jtml> (fecha de consulta 16 de mayo de 2008)

² Disponible en <http://jalisco.gob.mx/srias/setur/espanol/dependencia/docs/anuario/AFLDER06.xls> (fecha de consulta 16 de mayo de 2008)

enero de 2004, y que el alumbramiento fue a las 16:45 horas, se concluye que estuvo a cargo de los servicios de salud aproximadamente seis horas, tiempo durante el cual ninguna de las médicas que la atendieron en el servicio de urgencias y en tococirugía, ordenó la realización del estudio que, según los peritos, requería (pelvimetría). Luego, según lo narrado por la quejosa, la primera doctora que la atendió refirió que le practicaría una cesárea, pero en el expediente clínico no existe constancia de que se le haya preparado para dicho procedimiento en el turno de la doctora Cristina Ramírez Rodríguez, ya que fue recibida en tococirugía para la atención del parto vía vaginal hasta las 15:10 horas y el producto nació a las 16:40 horas del citado día, por lo que no fue atendido lo señalado por la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993 "Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio", en los siguientes puntos:

5.1.1 La atención de una mujer con emergencia obstétrica debe ser prioritaria, y proporcionarse en cualquier unidad de salud de los sectores público, social y privado. Una vez resuelto el problema inmediato y que no se ponga en peligro la vida de la madre y el recién nacido, se procederá a efectuar la referencia a la unidad que le corresponda.

[...]

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

[...]

5.1.5 La unidad de atención deberá disponer de un instrumento que permita calificar durante el embarazo el riesgo obstétrico en bajo y alto el cual servirá para referencia y contrareferencia (en las instituciones organizadas por niveles de atención).

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

[...]

5.4.2 El control del trabajo de parto normal debe incluir:

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

También se transgredió lo que al respecto dispone la Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA2-2002, para la Prevención y Control de los Defectos al Nacimiento, en los siguientes puntos:

5.4.9.3 Hipoxia/asfixia.

6. Prevención

6.1 Todas las unidades de salud deberán disponer de un instrumento que permita identificar y calificar el riesgo reproductivo de las mujeres en edad fértil, y de la pareja, que permita derivar al segundo o tercer niveles los casos que lo requieran. De igual manera, se realizará una recolección de los antecedentes familiares, lo más completa posible.

6.21 Condiciones fetales y neonatales de alto riesgo para producir alteraciones sistémicas:

6.21.2.4 Debe calcularse el peso fetal mediante el procedimiento de Johnson y Toshach, conforme a lo establecido en el apéndice normativo C.

6.21.4 Hipoxia/asfixia neonatal.

6.21.4.1 Durante la atención del parto se deberán detectar los siguientes factores maternos que, aislados o en conjunto, pueden llevar a la hipoxia/asfixia del neonato:

- a) Desproporción cefalopélvica;
[...]
- k) Obesidad;
[...]
- r) Falta de control prenatal.

Se observa que la conducta de las médicas Cristina Ramírez Rodríguez y Susana Gómez Sosa contraviene lo establecido en el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que en la parte que interesa señala:

Artículo 4º. [...] Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución...

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

Artículo 25.- 1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.

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

Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre: "Artículo VII. Toda mujer en estado de gravidez o en época de lactancia, así como todo niño, tienen derecho a protección, cuidados y ayuda especiales."

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales:

Artículo 10. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen que:

[...]

2. Se debe conceder especial protección a las madres durante un periodo de tiempo razonable antes y después del parto...

Artículo 12

1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.
2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:
 - a) La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños...

[...]

d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

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

Artículo 10. Derecho a la salud.

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

Ley Estatal de Salud

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

IV. REPARACIÓN DEL DAÑO

Este organismo sostiene que la violación del derecho a la protección de la salud, con las consecuencias que en este caso se dieron, merece una justa reparación del daño como acto simbólico y elemento fundamental para crear conciencia del principio de responsabilidad.

En este sentido, es menester considerar que la obligación positiva de proporcionar la asistencia médica necesaria a cada mujer con trabajo de parto es uno de los principales deberes que el Estado asume como tal. Según el Comité de Derechos Humanos: “la obligación de tratar a las personas con el respeto debido

a la dignidad inherente al ser humano comprende, entre otras cosas, la prestación de cuidados médicos adecuados”.³

En el caso que nos ocupa, acreditada la violación del derecho a la salud, que eventualmente derivó en el menoscabo de la salud del recién nacido Alonso Villa, así como en el sufrimiento durante su nacimiento y, como consecuencia de ello, en la disminución de calidad de vida por haber perdido su riñón derecho, la reparación del daño se convierte en un medio de enmendar simbólicamente los daños que le fueron causados.

La reparación del daño es un mecanismo reconocido por el derecho internacional para enfrentar la impunidad en la violación de los derechos humanos; es la justa retribución por el menoscabo sufrido, y esta Comisión Estatal de Derechos Humanos está facultada para solicitarla a favor de las víctimas, de conformidad con el artículo 73 de la Ley que la rige, en cuanto establece:

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

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

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

Artículo 62.

³ Comité de Derechos Humanos, caso Kelly (Paul) c. Jamaica, párr. 5.7 (1991)

1. Todo Estado Parte puede, en el momento del depósito de su instrumento de ratificación o adhesión de esta Convención, o en cualquier momento posterior, declarar que reconoce como obligatoria de pleno derecho y sin convención especial, la competencia de la Corte sobre todos los casos relativos a la interpretación o aplicación de esta Convención.

[...]

3. La Corte tiene competencia para conocer de cualquier caso relativo a la interpretación y aplicación de las disposiciones de esta Convención que le sea sometido, siempre que los Estados partes en el caso hayan reconocido o reconozcan dicha competencia.

Artículo 63.

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

En uso de sus facultades, la Corte ha asentado los siguientes criterios.

Respecto de la obligación de reparar el daño, resulta conveniente invocar el punto 25 de la obra denominada *Repertorio de Jurisprudencia del Sistema Interamericano de Derechos Humanos*, tomo II,⁴ que a la letra 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 comparta el deber de repararlo adecuadamente. La indemnización, por su parte, constituye la forma más usual de hacerlo...

En su punto 44 se asienta:

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

⁴ Centro de Derechos Humanos y Derecho Internacional Humanitario, Washington College of Law, American University, Washington, 1998, pp. 729 y 731.

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 establece:

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 ocurre 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.

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

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

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

5. Difícilmente se podría negar que a veces la propia reparación de violaciones comprobadas de derechos humanos en casos concretos, pueda requerir cambios en las leyes nacionales y en las prácticas administrativas [...] La eficacia de los tratados de derechos humanos se mide, en gran parte, por su impacto en el derecho interno de los Estados Partes.

No se puede legítimamente esperar que un tratado de derechos humanos se "adapte" a las condiciones prevalecientes al interior de cada país, por cuanto debe, a *contrario sensu*, tener el efecto de perfeccionar las condiciones de ejercicio de los derechos por él protegidos en el ámbito del derecho interno de los Estado Partes.

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

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

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.

En los casos en que ya no exista el gobierno bajo cuya autoridad se produjo la acción u omisión victimizadora, el Estado o gobierno sucesor deberá proveer al resarcimiento de las víctimas.

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.

México, en su proceso de armonización del derecho interno con el internacional, modificó el artículo 113 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y el artículo 107 bis de la Constitución Política del Estado de Jalisco, lo que dio origen a la creación de la Ley de Responsabilidad Patrimonial del Estado de Jalisco y sus Municipios. En esta última se regula respecto de la responsabilidad objetiva y directa del Estado que, con motivo de su actividad administrativa irregular, cause en los bienes o derechos de los particulares, quienes serán acreedores a una indemnización conforme a lo señalado en las leyes.

Así, teniendo en consideración todos los hechos, evidencias y razonamientos previamente señalados en la violación a derechos humanos que nos ocupa, se apela a la buena fe, a la moral, a la ética y a la responsabilidad solidaria que debe tener el estado para con sus gobernados, y con base en los mencionados criterios de derecho federal e internacional y su superioridad jerárquica respecto de la ley local, este organismo considera obligado que la Secretaría de Salud Jalisco, por sí o por medio de quien sus reglamentos indiquen, indemnice con justicia y equidad a los padres del niño [...], de conformidad con el artículo 73 de la Ley de la CEDHJ, en relación con los artículos 2º, 161, 1387, 1390, 1391, 1393 y 1396 del Código Civil del Estado de aplicación supletoria para cuantificar la reparación del daño, así como en el artículo 513, punto 393, de la Ley Federal del Trabajo, por lo que se pide a su titular que ordene y verifique solidariamente el pago de la reparación del daño.

El cumplimiento de esta indemnización tiene el significado de una justa reivindicación y el reconocimiento de la falta cometida, aunado al de una exigencia ética y política en el sentido de que el gobierno estatal prevenga tales hechos y combata la impunidad al sancionarlos; finalmente, no es sólo

responsabilidad de las servidoras públicas ejecutoras, sino una responsabilidad solidaria de las dependencias de sus adscripciones, que están obligadas a brindarles la preparación y todos los elementos necesarios para el mejor desempeño de sus labores.

Por otro lado, cabe aclarar que en la queja 141/2004-IV se involucró a los pediatras José Carlos Estrada Galván, Alfredo Plácido Bravo y Jaime Rodríguez Ramos; sin embargo, de la investigación practicada no se advierten elementos de prueba y medios de convicción suficientes para acreditar fehacientemente los señalamientos que les fueron imputados, en especial de los dos primeros mencionados, ya que en contra del tercero no hubo imputación directa alguna por parte de los quejosos, lo que impide a este organismo hacer un pronunciamiento en su contra.

En consecuencia, se procede a formular las siguientes:

RECOMENDACIONES:

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

Primera. Ordene efectuar el pago de la reparación del daño a favor de los señores [agraviada] y [quejoso], padres del menor [...], en los términos de las consideraciones emitidas en la presente resolución. Lo anterior, de forma solidaria y como un gesto de verdadera preocupación por las víctimas de violaciones de los derechos humanos cometidas por servidores públicos de la secretaría a su cargo.

Segunda. Ordene anexar copia de la presente resolución al expediente personal de las doctoras Susana Gómez Sosa y Cristina Ramírez Rodríguez, adscritas al Hospital Regional de Puerto Vallarta, para que quede constancia de que violaron los derechos humanos de la señora [agraviada] y de su hijo recién nacido.

Tercera. Ordene a quien corresponda un análisis integral de las condiciones que actualmente guarda el Hospital Regional de Puerto Vallarta para dotarlo del equipo y personal médico necesario, con el fin de proporcionar una atención de

calidad en el área de obstetricia, y que el servicio se encuentre cubierto con médicos especialistas en todos los turnos.

Esta Recomendación pretende fomentar la equidad en salud, cuya cobertura de servicios no sólo debe ser completa y con igual oportunidad de acceso, utilización y calidad, sino que debe permitir examinar y corregir los factores que la afectan.

Al emitir la presente Recomendación, la Comisión Estatal de Derechos Humanos hace suya la sensibilidad con la que la Secretaría presta el servicio público de salud, el cual debe ser cada día de mejor calidad. En este único sentido deben ser interpretados los señalamientos y proposiciones emitidos, con los que sólo se pretende coadyuvar en el perfeccionamiento de su función.

Esta Comisión reconoce los esfuerzos dedicados al equipamiento del Hospital Regional de Puerto Vallarta; sin embargo, es necesario realizar las mejoras necesarias para optimizar los servicios a la población y evitar que sucedan hechos como los narrados.

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

Con fundamento en los artículos 72, 76, 77 y 78 de la Ley de la Comisión y 104 de su Reglamento Interior, se informa a la autoridad a la que se dirige la presente Recomendación, que cuenta con un término de diez días, 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 quince días siguientes a la fecha de aceptación.

Atentamente

Licenciado Felipe de Jesús Álvarez Cibrián
Presidente

La práctica de un estudio neuroblastoma dio como resultado que no existía ningún tumor, únicamente que el riñón había sido severamente dañado por lesiones causadas durante el parto vaginal.