

Recomendación 3/2000
Guadalajara, Jalisco, 26 de abril de 2000
**Asunto: violaciones a los derechos humanos
de los pacientes, por inadecuada prestación
de servicio público ofrecido por dependencias
del sector salud y por violación al derecho
a recibir un servicio público de calidad**

Doctor Cristóbal Ruiz Gaytán López
Secretario de Salud del Estado de Jalisco

Distinguido doctor Ruiz Gaytán:

La Comisión Estatal de Derechos Humanos, con fundamento en los artículos 4º y 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 4º y 10 de la Constitución Política del Estado de Jalisco; 1º, 2º, 3º, 4º, 17 fracción III, 72, 73 y 75 de la Ley de la Comisión Estatal de Derechos Humanos y 89 de su Reglamento Interior, examinó la queja 543/00/IV, iniciada de oficio con motivo de los hechos acaecidos en el Hospital Regional de Puerto Vallarta, perteneciente a la Secretaría de Salud Jalisco (SSJ), el 12 de marzo de 2000, cuando por inhalación de bióxido de carbono en lugar del oxígeno que se les había prescrito, fallecieron cinco personas que eran atendidas en diferentes áreas del nosocomio. Este caso se hizo público en diarios locales y nacionales, y esta Comisión consideró los hechos como probables violatorios de los derechos humanos de los pacientes por una inadecuada prestación del servicio público ofrecido por dependencias de la SSJ en los que participaron diversos servidores públicos de dicho hospital.

I. RESULTANDO

a) antecedentes y hechos

1. El lunes 13 de marzo de 2000 aparecieron notas periodísticas en diarios locales (El Informador, Público, El Occidental, Mural) y nacionales, (La Jornada, Reforma, etc.) en las que se narraba que el domingo 12 habían fallecido cinco pacientes: una niña y un niño, una adolescente y dos adultos, uno de género femenino y otro masculino, de la tercera edad, al parecer por suministrarles erróneamente bióxido de carbono en lugar del oxígeno que se les había prescrito cuando por diversas causas eran atendidos en diferentes áreas del Hospital Regional de la Secretaría de Salud Jalisco en la ciudad de Puerto Vallarta.

2. Ese mismo día 13, la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Jalisco (CEDHJ), a través de la Cuarta Visitaduría General, abrió la queja de oficio y designó a una brigada de su personal para que se trasladara a ese puerto a fin de iniciar de inmediato las investigaciones de oficio, requerir informes, hacer entrevistas y realizar todas las actuaciones necesarias para saber si en el presente caso se violaron derechos humanos.

3. En orden cronológico, según lo investigado, los hechos ocurrieron de la siguiente manera:

I. El domingo 12 de marzo el hospital funcionaba en forma normal con personal de guardia y "cubreincidencias", integrado, según se nos informó, por siete médicos, trece enfermeras, un jefe del área hospitalaria de fines de semana y un empleado de intendencia y mantenimiento.

II. A las 9:30 horas ocurrió el primer accidente en el área de pediatría al fallecer una niña de dos meses de edad, Rosario Esmeralda Cortés González, que tenía cardiopatía congénita y bronconeumonía. El médico que la atendió, Alfredo Plácito Bravo, le recetó oxígeno por mascarilla, pero la paciente presentó cianosis súbita y cayó en paro cardiorrespiratorio; no obstante que los médicos aseguran haberle practicado reanimación, la niña murió sin que en ese momento se entendiera la causa cierta del deceso según lo revela la certificación correspondiente, ni despertara ninguna sospecha por parte del personal médico o de enfermería que conoció del caso, pues así lo explicaron.

III. El segundo paciente fue una adolescente, Aideé Carrillo Rubio, de 16 años, quien ingresó al área de quirófanos de tococirugía (área de partos), para practicarle un legrado. La atendió el doctor José Manuel Segura Zavala, quien afirmó no haber tardado más de sesenta segundos en la práctica del legrado cuando la paciente cayó en paro cardiorrespiratorio, situación que le notificó el anesthesiólogo que le auxiliaba en la intervención. Acudieron otros dos médicos al apoyo para las maniobras de reanimación, pero después de casi veinte minutos, la paciente dejó de responder y murió a las 10:30 horas. Los médicos que la atendieron se dijeron sorprendidos por el inesperado deceso, sin causa conocida.

IV. El tercer caso se trató de una persona de la tercera edad, Apolinar Bravo Zavalza, de 86 años, quien se encontraba en la sala de hombres, de medicina interna, y fue atendido por el médico Francisco Antonio Matilla Torres, quien diagnosticó insuficiencia renal e hipertensión arterial y prescribió oxígeno con mascarilla. El médico se había retirado a la visita de otros pacientes cuando se le avisó que el señor Apolinar había entrado en estado de coma, y con signos de dificultad respiratoria y paro cardiopulmonar, falleció a las 10:40 horas.

V. Esther Valencia Campos, de 91 años, ingresó a la sala de medicina interna para mujeres con fractura costal en el hemitórax ó hemoneumotórax, debido a que se había caído. Fue atendida también por el médico Francisco Antonio Matilla Torres, quien prescribió el suministro de oxígeno a través de puntas nasales, cuando en forma súbita presentó paro cardiorrespiratorio. Se le intubó, pero la paciente no reaccionó y murió a las 15:25 horas. En ninguno de estos dos casos, el médico tratante se cuestionó la relación entre la primera muerte, de la que se enteró alrededor de las 10:30 horas, cuando acudió a auxiliar al doctor Manuel Segura Zavala con la paciente Aideé Carrillo, y las dos siguientes, que atendió de manera personal.

VI. Veinte minutos más tarde, en el servicio de urgencias pediátricas ingresó un lactante de tres meses de edad con neumonía, Norberto Damián Muñiz. Se indicó asistirlo con oxígeno y se creyó que tenía secreciones bronquiales, pero persistió con problemas para respirar, por lo que se le aplicó oxígeno mediante nebulizaciones: El niño presentó cianosis y paro cardiorrespiratorio irreversible, por lo que murió a las 15:45 horas. Fue atendido por el médico Alfredo Plácito Bravo, quien fue el mismo facultativo que atendió a la menor que falleció a las 9:30 horas en el área de pediatría.

VII. Solo hasta después de fallecer el último mencionado, una enfermera adscrita al área del cunero patológico, María Guadalupe Macías Ramírez, quien asistió a los dos niños que fallecieron, se preocupó por la sucesión de muertes y olió las puntas conectadas a la red de oxígeno. Según su declaración, así se dio cuenta de que no era gas medicinal, debido a su olor "enchiloso", por lo que avisó a los jefes médicos, quienes fueron al cuarto de los tanques de oxígeno, donde descubrieron que estaba conectado un tanque con la leyenda "bióxido de carbono" a la red de oxígeno. Lo desconectaron, cerraron la red y acudieron a dar vista al agente del Ministerio Público adscrito la Cruz Roja del lugar.

4. Se requirieron informes a los siguientes servidores públicos:

Al médico Antonio Olvera Oliveros, coordinador de los hospitales regionales de la Secretaría de Salud Jalisco; al médico Ricardo Carranza Pérez, director del Hospital Regional de Puerto Vallarta;

al médico Héctor Rodríguez Frías, subdirector del Hospital Regional de Puerto Vallarta; al licenciado Víctor Olmedo Abarca, administrador del hospital; a José Manuel Segura Zavala, médico gineco-obstetra; a Guillermo Enrique Aguilar Diéguez, médico general encargado de urgencias; a Antonio Francisco Matilla Torres, médico internista; a Alfredo Plácido Bravo, médico pediatra; a Carlos Enrique de Jesús Córdova Segovia, subdirector médico de fines de semana; a Aldo Federico Seimandi V., médico cirujano general; a las enfermeras María Guadalupe Macías Ramírez, Dolores Galindo Nolasco, María de Jesús Santos Padilla, Esthela Quintero Langarica, Ana Rosa Villaseñor y Micaela Peña Gómez; al jefe del área de mantenimiento Martín Guadalupe Meza Gómez; a los oficiales de mantenimiento José Manuel Beltrán Ponce, Apolinar Nuñez Peña y Ernesto Trujillo Benítez.

Con fundamento en el principio establecido en el artículo 48 de la Ley de la Comisión Estatal de Derechos Humanos, a unos se les requirió su informe de manera verbal, y a otros por escrito, y se iniciaron las primeras investigaciones en el lugar de los hechos.

5. El 13 de marzo de 2000, en las instalaciones del Hospital Regional de la Secretaría de Salud en la ciudad de Puerto Vallarta, los miembros de la brigada de la CEDHJ, que incluía un médico, se trasladó al cuarto de máquinas, lugar donde se encuentra la instalación que surte la red interna de oxígeno. Ahí observaron que la puerta de entrada se encontraba entreabierta, pero con sellos de la Procuraduría General de Justicia del Estado que impedían el libre acceso; sin embargo, lograron ver que dentro del cuarto había tres tanques de acero inoxidable con capacidad aproximada de ciento treinta kilos cada uno. El más próximo a la puerta tenía un letrero con la leyenda "BIÓXIDO DE CARBONO" y medía unos 20 por 40 centímetros. En esa misma visita, el subdirector del Hospital Regional les proporcionó copias simples de los expedientes clínicos de los siete pacientes que fueron atendidos el día anterior, a quienes al parecer se les suministró bióxido de carbono en lugar de oxígeno. Cinco de ellos fallecieron y a los otros dos por alguna razón se les interrumpió el suministro, lo que evitó que sufrieran daños irreparables en la salud.

6. El 15 de marzo, personal de la CEDHJ acudió a las instalaciones de la empresa Industrias Franco (Infra), SA de CV, ubicada en Puerto Vallarta, empresa que surte el gas medicinal al Hospital Regional de Puerto Vallarta. El señor Rigoberto Vidrios Ortega, gerente de la sucursal de esa ciudad, les dijo que ignoraba las fechas de entrega al hospital de los tanques conocidos como dewar, que son los recipientes metálicos con capacidad de 130 metros cúbicos donde se envasa y transporta el gas; también dijo que todos sus empleados estaban capacitados para esas maniobras. Aseguró que el mismo hospital pide bióxido de carbono para la práctica de laparoscopías y endoscopías, pero se les envía en otro tipo de tanque y en estado gaseoso, no líquido. Dijo que él estuvo presente cuando la empresa impartió capacitación al jefe de mantenimiento del hospital regional de esa ciudad. Afirmó que los tanques tienen conexiones distintas, y que para conectar un tanque en el hospital utilizan un "niple reductor"; dijo que no tiene conocimiento de todos los aspectos técnicos, que el color del capuchón no indica el tipo de gas, pues su única función es proteger la válvula del tanque. En el acta que levantó el personal de esta Comisión se describe que en ese momento el gerente de la empresa les mostró diversos tanques con etiqueta de oxígeno y sin embargo tenían capuchones en colores azul, anaranjado, verde e incluso se hallaban despintados. El entrevistado agregó que los contenedores tipo dewar son metálicos en acero inoxidable y carecen de capucha metálica; en su lugar tienen un aro metálico alrededor de la circunferencia del tanque que cubre la válvula para su protección en su manejo y traslado. De igual manera les mostró dos contenedores cuyo medidor de capacidad se hallaba cubierto por un plástico y ambos tanques tenían adherida la etiqueta de "Oxígeno"; sin embargo, uno tenía el protector en color azul y otro en gris. Concluyó el entrevistado que el color de estos protectores no indica el contenido del tanque, sino que la descripción del producto se encuentra en la etiqueta y que así venían envasados desde la ciudad de Tepic, Nayarit. Les proporcionó copia de la factura 061952, relativa a la adquisición de dos tanques de oxígeno por parte del Hospital Regional de Puerto Vallarta. Dijo que en esos momentos no podía determinar la norma aplicable para el manejo de gases.

7. El 14 de marzo de 2000 se recibieron por escrito los informes de los siguientes servidores públicos:

I. Oficio 057/00 que remite Héctor Rodríguez Frías, subdirector del Hospital Regional de Puerto Vallarta, en el cual manifiesta su "mejor deseo de colaborar con esta Comisión de Derechos Humanos". No obstante, desconoce su competencia en el asunto de que se trata, por considerarlo jurisdiccional (sic) en los términos del artículo 102 B de la Constitución General de la República..."; afirmó que su interpretación de dicho artículo estaba en congruencia con el artículo 10, fracción II de la Constitución Política del Estado de Jalisco y con el artículo 6º de la Ley de la Comisión Estatal de Derechos Humanos. Sin embargo, informó que:

a) El 10 de marzo, el hospital recibió la remesa de tanques bajo el supuesto de que adquirió tanques de oxígeno, de su proveedora habitual, la empresa Infra, SA de CV, por un monto de \$7,011.55 (siete mil once pesos con cincuenta centavos). Y que habían sido proveídos conforme a los requerimientos de esa unidad hospitalaria, según consta en la factura CCHL061952, que en copia simple se anexó al informe.

b) Los tanques fueron entregados por la empresa indicada con el concepto "Oxígeno Medicinal", según consta en la factura, y fueron depositados en el lugar correspondiente, conforme a los criterios de ingeniería sanitaria, denominado "MANIFOLD".

c) El Hospital Regional de Puerto Vallarta cumple con la normativa aplicable en materia de ingeniería sanitaria, y, conforme al numeral 6.2.2.5. de la Norma Oficial Mexicana NOM 178-SSA1-1998, que establece los requisitos mínimos de Infraestructura y equipamiento de establecimientos para atención médica de pacientes ambulatorios (publicada el 29 de octubre de 1999 en el Diario Oficial de la Federación), tiene tuberías de agua, aire, gases y electricidad, visibles y pintadas con colores, de tal manera que cumplan con la Norma Oficial Mexicana NOM-028-STP-1994. Seguridad-código de colores para la identificación de fluidos conducidos por tuberías (publicada el 24 de mayo de 1994 en el Diario Oficial de la Federación). Afirmó que los ductos de gases medicinales fueron rehabilitados en fecha reciente (diciembre de 1998). Y que el personal de mantenimiento y manejo de tanques y ductos lo integran Juan Meza Aréchiga, Ernesto Trujillo Benítez, Salvador Aguirre Rodríguez, José Manuel Beltrán Ponce, Juan Manuel Macías Ramírez, Martín Guadalupe Meza Gómez, Apolinar Núñez Peña, José Rodrigo Peña Topete, Sergio Rivera Rodríguez Muñoz y Javier Carrillo Barcenas.

d) Que la dependencia tiene además un Manual técnico de conservación para unidades médicas de segundo y tercer nivel, emitido por la Oficialía Mayor de la Secretaría de Salud en noviembre de 1994.

e) Con relación al oxígeno, existe la norma NMX-K-361-1972, de observancia voluntaria, expedida por la Secofi y publicada en el Diario Oficial de la Federación el 6 de diciembre de 1972, que establece que las especificaciones para marcar los envases deben contener etiquetas u hojas de entrega, con indicaciones de la marca registrada, nombre del producto, tipo y grado de calidad, contenido, razón o símbolo de fabricante, e indicaciones y precauciones en el manejo.

f) Asentó que, según "reportes recibidos" la empresa Infra había incumplido con la norma transcrita en cuanto a la clara identificación de sus productos.

g) Informó que "en el periodo comprendido entre los días 6 y 12 de marzo, fueron ingresados" al Hospital Regional de Puerto Vallarta, los pacientes: Rosario Esmeralda Cortés González, de dos meses de nacida; Aideé Carrillo Rubio, de dieciséis años; Apolinar Bravo Zavalza, de ochenta y seis; Esther Valencia Campos, de 91 años y Norberto Damián Muñoz Ureña, de tres meses de nacido. Por medio de un esquema asienta las edades, la fecha y el diagnóstico de ingreso; la primera mencionada ingresó al hospital el 7 de marzo con diagnóstico de cardiopatía congénita; el

12 ingresó Aideé Carrillo por un aborto incompleto y estuvo al cuidado del médico José Manuel Segura Zavala; el 12 también ingresó el niño Norberto Damián, con diagnóstico de neumonía; la cuarta persona, Esther Valencia, ingresó el 6 con diagnóstico de neumotórax y fractura costales, y el señor Apolinar Bravo ingresó con diagnóstico de neumonía e insuficiencia renal crónica. El médico Francisco Antonio Matilla Torres atendió a Esther Valencia y a Apolinar Bravo; la niña y el niño fueron atendidos por el doctor Alfredo Plácito.

h) Sostuvo que todos los pacientes fueron tratados conforme a los criterios médicos vigentes y sus muertes fueron atribuidas a la gravedad de sus padecimientos. Sin embargo, el lapso tan breve entre cada fallecimiento y la utilización del gas que Infra proporcionó como oxígeno hizo sospechar que la causa era una sola. Con posterioridad, la licenciada Esthela Quintelo Langarica, encargada del hospital durante los fines de semana, dio aviso al agente del Ministerio Público de la localidad.

El subdirector hizo en su informe las siguientes acotaciones:

i) El bióxido de carbono también es conocido como gas carbónico o anhídrido carbónico; es ligeramente tóxico, inodoro e incoloro, con un sabor poco ácido que no recibe ningún uso terapéutico en esa unidad hospitalaria.

ii) La intoxicación por bióxido de carbono se produce principalmente por la reacción en la hemoglobina, que impide la oxigenación de los tejidos y produce asfixia. En concentraciones elevadas, la saturación de la sangre se presenta de repente y sin síntomas premonitorios, y ocasiona coma, convulsiones, insuficiencia respiratoria y muerte. "Lo anterior, aunado a la condición delicada de los usuarios, impidió su restablecimiento, no obstante haber recibido atención médica oportuna".

iii) Todo ello es evidente si se considera que esta unidad hospitalaria no puede someter a prueba constante cada medicamento, insumo o alimento que es suministrado por los proveedores, toda vez que éstos responden por la calidad de sus productos.

II. Mediante oficio 059/2000 José Manuel Segura Zavala, médico gineco obstetra remitió su informe en el cual manifiesta que los hechos a los que se refería eran ya investigados por la autoridad competente, por lo que éste podría ser un asunto jurisdiccional (sic), de acuerdo con el artículo 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y con el artículo 10, fracción II, de la Constitución Política del Estado de Jalisco.

Afirmó que, como médico ginecólogo, cubre incidencias en dicho hospital en el horario de las 08:00 a las 20:00 horas, sábados y domingos. Dijo que el domingo 12 de marzo se presentó en su área de trabajo y recibió a dos pacientes en la unidad de tococirugía, una de ellas, Aideé Carrillo Rubio, que había ingresado con amenaza de aborto; interrogó a la paciente, quien dijo que no llevaba control prenatal y que tenía dolor abdominal bajo, por lo que había acudido en la noche del sábado anterior al servicio de urgencias del hospital. Informó que el día 12, a las 09:40 horas, consideró que la paciente requería la práctica de un legrado uterino instrumental. Se notificó a los familiares, y una vez en la sala de ginecoobstetricia, aproximadamente a las 10:00 horas, comenzaron los preparativos para su intervención quirúrgica. Afirmó que no se presentaron accidentes ni incidentes quirúrgicos, por lo que la operación duró entre sesenta y noventa segundos. Notificó al anesthesiólogo al término del procedimiento y éste le manifestó que tenía problemas con la asistencia ventilatoria de la paciente. Dijo proceder a ayudar al anesthesiólogo sin explicar cómo, pero que a pesar de las medidas tomadas el deterioro de la paciente era progresivo, por lo que le aplicaron intubación endotraqueal, le administraron medicamentos y le practicaron reanimación, auxiliados en todo momento por el médico internista Francisco Matilla Torres y por el cirujano general Aldo Federico Seimandi, quienes junto con el anesthesiólogo y el informante intentaron, mediante ejercicios, contrarrestar el paro cardiaco de la paciente. Continuaron ministrando medicamentos para el caso, prolongando "estas maniobras por un periodo de entre veinte a treinta minutos, declarándola muerta a las 10:30 horas, previo trazo electrocardiográfico". Al final de su

oficio el médico comentó que "ante lo inesperado del acontecimiento, se piensa en la posibilidad de un choque anafiláctico como causa de muerte". Dijo que habló con los padres de la paciente, les notificó su muerte y les propuso, ante la incredulidad de los familiares, que se le practicara la necropsia para averiguar la causa real del fallecimiento, pues aseguró que los médicos que atendieron a Aideé Carrillo consideraban inesperado el desenlace. Sin embargo, aseguró que los familiares se negaron, por lo que procedió a elaborar el certificado de defunción con el diagnóstico ya mencionado.

III. El médico internista Antonio Francisco Matilla Torres, rindió su informe mediante el oficio 061/2000, y manifestó de manera textual: "Me encuentro en toda disposición de colaborar con esa H. Comisión, pero haciendo la observación que del asunto que nos ocupa se encuentra conociendo la autoridad competente para realizar la investigación respectiva, pues esto de manera probable se encuentra dentro de aquellas que por determinación legal son de carácter jurisdiccional (sic)"; fundamentó el argumento en los mismos artículos a que se refirieron los anteriores servidores públicos en oficios relativos.

Dijo ser médico internista y laborar como interino y con jornada acumulada de fines de semana en el Hospital Regional de Puerto Vallarta desde hace aproximadamente un año y medio. Que el domingo 12 de marzo de 2000 acudió a laborar al área de hospitalización y encontró, entre otros pacientes, a Apolinar Bravo Zavalza, de 86 años, a quien había atendido desde el día anterior con diagnóstico de insuficiencia renal, neumonía bilateral e insuficiencia cardíaca. Este paciente se encontraba el domingo en estado de coma y con dificultad respiratoria. A fin de mejorar el aporte de oxígeno, ordenó a la enfermera en servicio que se retiraran las puntas nasales y se colocara oxígeno por mascarilla con reservorio, orden que fue cumplida de inmediato. Afirmó que se retiró a visitar a otros pacientes y que momentos después la enfermera le notificó que el señor Apolinar Bravo había presentado paro cardiorrespiratorio, por lo que procedieron a tomar un trazo electrocardiográfico con la finalidad de certificar su muerte. No realizaron maniobras de reanimación cardiopulmonar en virtud de su edad y de la patología múltiple que presentaba.

Con respecto a la atención que le prodigó a la paciente Esther Valencia Campos, de 91 años, menciona que presentaba hemoneumotórax secundario a fracturas costales, tras sufrir una caída. Supo del caso desde el día anterior, sábado, y el domingo pasó la visita médica de rutina y encontró a la señora en muy buenas condiciones generales, despierta, alerta y consciente, sin uso de oxígeno y sentada en su silla. En la exploración física se encontró con sibilancias leves diseminadas en ambos hemitórax, pero sin dificultad respiratoria, por lo que ordenó continuar el tratamiento médico con oxígeno en forma intermitente y con nebulizaciones a base de broncodilatadores.

De acuerdo con el médico, al parecer la paciente no había presentado ningún problema hasta las 14:30 horas cuando sufrió una crisis de apnea en forma súbita e inexplicable. En ese momento el doctor Aldo Federico Seimandi le practicó reanimación respiratoria a través de un ambú. Ya intubada y monitorizada la paciente, el informante dice haber relevado a Seimandi en las maniobras, durante las cuales aquella recuperó el automatismo respiratorio, pero se encontraba sin respuesta a estímulos. Colocaron un tubo en T para una mayor afluencia de oxígeno, y broncodilatadores al mismo tiempo, puesto que presentaba sibilancias respiratorias en ambos hemitórax, "presentando durante dicho procedimiento bradicardia y deterioro en la oximetría de pulso, así como paro cardiorrespiratorio a las 15:25 horas".

IV. Mediante oficio 062/2000, el médico pediatra Alfredo Plácido Bravo rindió su informe. Dijo que estaba en total disposición de colaborar al esclarecimiento de la queja, pero que "tal situación pudiera ser de carácter jurisdiccional (sic), y como a la fecha se encuentra siendo investigado por las autoridades competentes, por lo que se considera no ser asunto de competencia de ésta a su cargo" (sic); al respecto invocó los artículos 102 apartado B constitucional y 10, fracción II, de la Constitución Política del Estado de Jalisco.

Dijo tener la especialidad en pediatría y prestar sus servicios en el Hospital Regional de Puerto Vallarta cubriendo incidencias. El 12 de marzo inició labores a partir de las nueve de la mañana, ya que se requerían sus servicios para la guardia de pediatría, en el área de hospitalización, cuneros patológicos, habitación conjunta, tococirugía y urgencias. Refirió que al llegar al servicio de pediatría el médico residente y dos enfermeras se encontraban con la menor de dos meses y medio de edad, Rosario Esmeralda Cortés González, quien presentaba diagnóstico de bronconeumonía, cardiopatía congénita, cianógena y contraposición de grandes vasos, por lo que se le practicaba reanimación cardiopulmonar, se le administraban medicamentos y se le daba apoyo ventilatorio; dijo haber coordinado dichas maniobras aproximadamente durante 30 minutos, sin obtener resultado, por lo que se declaró su deceso. También afirmó que como a las 14:00 horas de ese día había valorado al niño de tres meses de edad, Norberto Damián Muñoz Ureña, en el servicio de urgencias de pediatría, quien presentaba cuadro clínico de bronconeumonía, con manifestaciones de dificultad respiratoria y mal manejo de secreciones, por lo que consideró administrar nebulización con agua bidestilada para la fluidificación, movilización y aspiración de secreciones; dijo que después de la nebulización el paciente presentó mayor dificultad respiratoria por lo que indicó la administración y aporte de oxígeno, pero continuó el deterioro clínico hasta que presentó paro cardiorrespiratorio, por lo que inició maniobras de reanimación cardiopulmonar por un tiempo aproximado de cuarenta y cinco minutos y que, sin obtener respuesta, tuvo que declarar la defunción.

8. El 15 de marzo, alrededor de las 14:00 horas, fue inspeccionado el cuarto de gases medicinales del hospital citado. Esta diligencia la llevó a cabo el agente del Ministerio Público de Puerto Vallarta Flavio González López, en compañía de los abogados de la empresa Infra, José Luis Álvarez García y Juan Manuel Torres Barajas; el jefe de Hospitales Regionales de la Secretaría de Salud Jalisco, doctor Antonio Olvera Oliveros; otras autoridades del nosocomio y dos visitantes de esta Comisión. Esto es lo que dice el acta de estos últimos:

Que se inició la diligencia con la entrada al hospital, por la parte trasera, de una camioneta tipo tres toneladas con el logotipo de la empresa Infra, misma que en la zona de carga trae un cilindro dewar con calcomanía de identificación de oxígeno, unidad conducida por un empleado de la empresa citada, quien mostró la forma en que bajan los tanques de la unidad y cómo los introducen al cuarto de gases medicinales del hospital; una vez hecho lo anterior, el agente del Ministerio Público rompe los sellos de aseguramiento del cuarto, mismos que tienen la leyenda "Procuraduría General de Justicia en el Estado"; se procede a hacer la inspección, por lo que el agente del Ministerio Público Flavio González López, en uso de la voz, señala: "Damos fe y se tiene a la vista en el interior a la puerta de ingreso tres cilindros dewar, dos con la etiqueta de oxígeno, y el otro con la etiqueta de bióxido de carbono, éste con la inserción de calcomanía y logotipo de la empresa Infra, que presenta sus válvulas con capucha de protección color naranja, a diferencia de los de oxígeno, ya que uno la tiene transparente con verde, en la parte superior, y el otro pintada en color blanco, un poco deteriorado; presenta una capucha de protección de válvula en color azul. En la parte derecha del ingreso, vista de frente, se aprecian los conductos del oxígeno en color verde elaborados de cobre con dos tomas; se aprecian llaves de paso que se identifican con el color naranja y llevan la conexión de números hacia la parte superior del cuarto inspeccionado, cuyas medidas son de aproximadamente cuatro por ocho metros, de igual forma se aprecian tomas con diferentes conexiones, seis cilindros [tanques] de seis kilos, en color naranja con la parte superior verde y capuchas una en color verde, otras sin color, una sola pintada en color rojo; se constata que dos de ellos se encuentran conectados a sus respectivas llaves de paso".

Se procedió a la identificación de las válvulas de los tres cilindros dewar, con el fin de que el empleado de Infra Alberto Robles dijera si eran de las mismas características los tanques inspeccionados en relación con el cilindro de oxígeno que se llevó para la diligencia. El empleado dijo: "El dewar que traemos en la camioneta tiene las mismas conexiones que éstos [refiriéndose a los tres inspeccionados], todos tienen las mismas válvulas, todos son iguales. Ahora, como verán aquí, el adaptador da a las medidas; ¿ustedes se fijan en este adaptador? no da, o sea, ese

adaptador se metió a la fuerza. Si ven en los tanques de oxígeno señalados, es por la válvula de salida, por la llave; aquí está claramente que estuvo forzado el adaptador cuando entró". Uno de los abogados de la empresa pidió durante la inspección que se diera fe ministerial de las rebabas que existían en la tuerca del adaptador. Al empleado se le preguntó si este tipo de adaptadores los traen ya constituidos los cilindros cuando los proporciona la empresa. Contestó que no, y agregó: "...incluso referente al oxígeno, llevamos el oxígeno y se manda sin adaptadores". Uno de los abogados de la empresa pidió que se inspeccionara si a simple vista la tuerca de conexión de salida del cilindro de bióxido de carbono presentaba rebabas, a lo que el agente del Ministerio Público expresó: "En mi opinión y apreciación, a simple vista se aprecia ligera rebaba y se encuentra debidamente cerrado; y a simple vista por el movimiento de las manos no es fácil su desatornillamiento". De igual manera, el representante social hizo constar la aplicación de la misma prueba en ambos cilindros de color metálico: uno con la etiqueta de oxígeno y el otro con la leyenda "Bióxido de carbono" un poco borrada, así como del tercer cilindro en color blanco dewar que también presenta la etiqueta de oxígeno líquido. De igual manera hizo constar, a petición del licenciado Juan Manuel Torres Barajas, abogado de la empresa Infra, si el adaptador de las válvulas de tipo dewar presenta alguna característica; el agente señaló que "a simple vista el suscrito agente del Ministerio Público da fe de que no presenta alguna alteración, que es un cilindro de acuerdo al perito es de oxígeno y que se encuentra vacío". Se dio por concluida la diligencia a las 14:30 horas.

9. El 15 de marzo, alrededor de las 14:30 horas, una visitadora de la CEDHJ se entrevistó con el subdirector médico Héctor Rodríguez Frías a fin de recordarle que no había recibido respuesta al oficio 90/2000 del 14 de marzo de ese año; el médico le dijo que lo consultaría con la licenciada Victoria González Rodríguez, quien se desempeña como directora de Asuntos Jurídicos de la Secretaría de Salud. En esos momentos una secretaria de la oficina en las mismas instalaciones del hospital donde se encontraba dicha funcionaria avisó a la visitadora que deseaba hablarle, por lo que acudió a la oficina. Una vez que la licenciada González Rodríguez concluyó una llamada que duró cerca de quince minutos, manifestó que no podría darle ninguna información, pues consideraba el asunto de índole jurisdiccional y pretendía que las investigaciones de la Comisión no obstruyeran las del Ministerio Público actuante. Aunque fue apercibida por la visitadora de la Comisión como lo dispone el artículo 70 de la Ley de la Comisión Estatal de Derechos Humanos, la licenciada González contestó que había determinado que no proporcionaría información y que asumía su responsabilidad. Momentos después, ya en su despacho, la visitadora recibió una llamada telefónica de otro visitador desde las oficinas de la agencia del Ministerio Público. Con él se hallaba también el licenciado Miguel Moreno Sandoval, abogado perteneciente al departamento jurídico de la Secretaría de Salud, quien a su vez acompañaba a personal de enfermería que se presentó a declarar ante el Ministerio Público. Le explicó que el abogado no permitió que las enfermeras hablasen con él; afirmó que era por instrucciones de la licenciada Victoria Rodríguez.

10. Alrededor de las 19:00 horas de ese mismo día, personal de esta Comisión se entrevistó con el doctor Antonio Olvera Oliveros, coordinador de Hospitales Regionales de la Secretaría de Salud, a quien se le preguntó si el empleado del hospital que firma de recibido en la factura por la cual se reciben los tanques de gases de la empresa Infra, Apolonio Núñez Peña, tenía alguna capacitación en el manejo de gases; el funcionario contestó que sí, que en agosto de 1999 recibieron capacitación, fecha en la que precisamente les instalaron los tanques dewar; que las manifestaciones clínicas de los pacientes fallecidos, fueron de iphoxia y acidosis respiratoria y metabólica, y que en cuanto se enteraron de la posible causa de muerte dieron aviso al Ministerio Público. Dijo que ya había dado instrucciones al departamento de trabajo social para que se pusiera en contacto con los familiares de las víctimas y se les hiciera un estudio socioeconómico para determinar sus expectativas (sic). Al preguntarle si la indemnización sería de acuerdo con sus necesidades, respondió que no, que sería conforme a derecho, según la responsabilidad que le resulte al hospital, y que ya había declarado ante los medios de comunicación que pedía el perdón a los familiares de los occisos y que él, por su parte, asumía su responsabilidad.

11. El 18 de marzo de 2000 se recibió en esta Comisión oficio sin número del subdirector del Hospital Regional de Puerto Vallarta, Héctor Rodríguez Frías, cuyo contenido hace suyo, según manifestación expresa del primero, el licenciado Víctor Olmedo Abarca, director administrativo del hospital. Con éste da respuesta a una solicitud de información precisa que se le hizo en relación con los hechos, y manifiesta:

a) Existe un área de mantenimiento dependiente de la administración del nosocomio; el encargado de dicha área es Martín Guadalupe Meza Gómez, quien tiene asignados a su área once servidores públicos. De ellos, cuatro han cursado carrera técnica de mantenimiento y siete tienen una capacitación operativa adquirida por el desempeño reiterado y la inducción al puesto. En el caso concreto, los servidores públicos fueron debidamente informados del manejo de dewars el día de su instalación, en agosto de 1999.

b) En el manejo y recepción de gases medicinales se sigue el proceso pactado y desarrollado con la empresa Infra, SA de CV.

c) La conexión correlativa se realiza conforme a las precauciones universales aplicables que, en términos generales, implica: realizar la conexión en el lugar específico para tal fin; marcar una diferencia entre tanques vacíos y llenos; evitar la presencia de gases o aceites en herramientas y vestimenta del personal y mantener ventilación e iluminación adecuadas en el espacio de los tanques, denominado "MANIFOLD".

d) El cambio de tanque se realiza conforme a la presión volumétrica marcada por los indicadores, que se verifica al inicio de cada turno.

e) El viernes 10 de marzo de 2000 y conforme a la metodología usual, fueron surtidos en esa unidad hospitalaria tanques proveídos por la empresa referida, recibidos por Apolinar Núñez Peña. Afirmó el subdirector en su informe que desconocía, por no ser hecho propio y por no haber constancia al respecto, quién realizó la conexión del tanque de bióxido de carbono y que él señala como "el asegurado por la autoridad ministerial".

f) Dijo que la obligación de controlar la calidad del aprovisionamiento de gases medicinales y de cualquier otro insumo para la salud es del proveedor, quien tiene a su cargo dicha obligación, conforme a lo marcado por la norma civil que obliga al vendedor a responder por vicios ocultos. "En los contratos conmutativos el enajenante está obligado al saneamiento por los defectos ocultos del bien enajenado que haga impropio para el uso al que se destine.... (Código Civil del Estado de Jalisco, artículo 1646)". Ello, como ya se mencionó, porque esta unidad hospitalaria no puede someter a prueba constante cada medicamento, insumo o alimento que le es suministrado por sus proveedores, y porque deben ser éstos, en términos de la legislación en materia de adquisiciones del sector público estatal, "los responsables por los defectos, vicios ocultos o falta de calidad en general, en los bienes o por cualquier otro incumplimiento en que hubieren incurrido en los términos del pedido o contrato".

g) Afirmó que no se conoce la existencia de una norma genérica para el manejo de gases tóxicos, pero destacó que los gases medicinales que esta unidad contrata y requiere en la prestación de servicios de salud no son tóxicos.

h) Con relación al oxígeno, no se conocen normas oficiales mexicanas, pero sí la norma mexicana NMX-K-361-1972, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 6 de diciembre de 1972, que no es de observancia obligatoria conforme a la Ley Federal sobre Metrología y Normalización.

i) No existen visitas de verificación de normas de ingeniería sanitaria en el hospital, ya que ha cumplido con las condiciones reglamentarias de iluminación, ventilación, agua potable y eliminación de excretas.

j) Quienes visitan el área de mantenimiento para supervisar las necesidades, tanto de obra civil como de equipamiento, son empleados del Departamento de Obras, Conservación y Mantenimiento de "la dependencia a la que se adscribe este hospital". Es el que corrige o previene los posibles defectos en la infraestructura física y equipamiento de las unidades de salud del estado. Estas visitas se hacen cada treinta o cuarenta y cinco días.

12. El 15 de marzo, como a las 21:25 horas, personal de esta Comisión entrevistó a la enfermera María Guadalupe Macías Ramírez, en las instalaciones de la Procuraduría General de Justicia del Estado a donde ésta acudió a declarar. Manifestó que se desempeñaba en el Hospital Regional de Puerto Vallarta como enfermera general adscrita al cunero patológico, donde cubría sábados, domingos y días festivos de 8:00 a 20:00 horas, y que el 12 de marzo una de sus compañeras de pediatría le dijo que había fallecido un niño y, veinte o treinta minutos después, un adulto en servicio de medicina interna. Media hora más tarde falleció una paciente del servicio de expulsión de "toco". Aclaró que la muerte del niño acaeció alrededor de las 10:00 horas. El otro fallecimiento fue el de una mujer de unos ochenta años de edad en el servicio de medicina interna. Su compañera Ángeles de la Cruz le preguntó si no se le hacía raro que hubieran ocurrido tantas muertes en el hospital. Esta interrogante motivó que María Guadalupe Macías acudiera hasta la toma de oxígeno que se encuentra junto a la incubadora y se colocó las "puntas" en su nariz. Al aspirar percibió un olor enchiloso y raro. Increíblemente, se las acercó de nuevo, por lo que corroboró que lo que aspiraban no era oxígeno, ya que empezó a sentir taquicardia e irritación en los ojos y de inmediato dio aviso a su supervisora Adela Rojas. Ella también olió las puntas y no le pareció que fuera oxígeno. Le avisaron luego al doctor Antonio Francisco Matilla Torres, y varios médicos fueron a corroborar sus dichos. Posteriormente concluyó su turno y se fue a descansar. Dijo que se enteró de la causa de los fallecimientos hasta el lunes 13 de marzo, por medio de noticiarios en la televisión.

13. Mediante acta circunstanciada levantada por personal de la Comisión el 15 de marzo de 2000 a las 21:00 horas, se hace constar la entrevista con María Dolores Galindo Nolasco, enfermera adscrita, según dijo, al Hospital Regional de Puerto Vallarta, Jalisco. Labora de 20:00 a 08:00 horas, por lo que el día de los hechos cubrió la guardia de sábado y domingo, como supervisora; dijo que cuando el oxígeno se termina es a ella a quien le avisan las diferentes áreas del hospital para que la persona encargada de mantenimiento lo reinstale. Fue el caso que el sábado 11 de marzo "no me lo solicitaron, solamente ocupamos hablarle al de mantenimiento, quien cubrió la guardia, Manuel Beltrán, 'don Posi', para que arreglara la toma de aspiración de quirófanos porque hubo una cesárea a las 22:30 horas sin complicación alguna".

14. Personal de este organismo se entrevistó con María de Jesús Santos Padilla, el 15 de marzo, a las 20:20 horas, quien dijo que es enfermera adscrita al Hospital Regional de Puerto Vallarta y que el domingo 12 de marzo entró a trabajar a las 08:00 horas; dijo que ese día se le daba atención a un pequeño de unos tres meses de edad, quien ingresó a las 14:00 horas al área de urgencias, donde fue atendido por los médicos Rafael Tapia y Alfredo Plácido. Este le indicó aplicar nebulizaciones; el niño empezó a ponerse cianótico. Se pensó que era alguna flema y se le aspiraron las secreciones. De inmediato los dos médicos le dieron atención al bebé, se le colocó oxígeno por medio de puntillas nasales, se le dieron reanimaciones con el ambú pediátrico. El paciente presentó tres paros cardiacos, pero antes se le aplicaron medicamentos sin resultado alguno, por lo que alrededor de las 16:00 horas el niño fue declarado muerto por el médico pediatra.

15. El subdirector médico del Hospital Regional que cubre la guardia los fines de semana y días festivos, Carlos Enrique de Jesús Córdova Segovia, proporcionó al personal de la CEDHJ copia simple del acta que se levantó el 12 de marzo, a las 16:30 horas, cuando se percataron de la sucesión de muertes, "por causa inexplicable" y se dieron a la tarea de investigar en el área de mantenimiento del hospital donde se encontraban los contenedores de oxígeno. Dijo que al revisar los contenedores se dieron cuenta de que uno contenía bióxido de carbono. "Estaba conectado a la red y en uso, en lugar del oxígeno, como debería de ser; procedimos en forma inmediata a

cerrar dicho tanque y a lavar las redes del oxígeno", explica el acta, y ello fue notificado al doctor Héctor Rodríguez Frías, subdirector en funciones de director, ya que el titular se encontraba de vacaciones del 13 al 17 de marzo de este año; solicitaron la intervención del Ministerio Público y levantaron un acta que firmaron los médicos Abelardo Velázquez Ibarra, anestesiólogo; Antonio Francisco Matilla Torres, internista; Alfredo Plácito Bravo, pediatra; Guillermo Enrique Aguilar Diéguez, médico general; Aldo Federico Seimandi Uriarte, cirujano; Rafael Tapia López, médico general; Manuel Munguía Barragán, anestesiólogo, y los mismos subdirectores Héctor Rodríguez Frías y Carlos E. de Jesús Córdova Segovia.

16. Esthela Quintero Langarica fue entrevistada el 15 de marzo, alrededor de las 21:40 horas, por personal de esta Comisión. Manifestó ser auxiliar administrativa en funciones de secretaria de la Dirección en el Hospital Regional de Puerto Vallarta, con una jornada de 08:00 a 20:00 horas. Esta es su versión: el 12 de marzo, a las 16:20 horas, se presentó en su oficina el doctor Carlos Córdova Segovia, quien funge como subdirector médico, y le pidió que se comunicara por vía telefónica a la casa del director del hospital, Ricardo Carranza Pérez. Como éste no se hallaba en su domicilio, la informante logró hablar finalmente con el doctor Héctor Rodríguez Frías, quien sustituía por vacaciones al director del hospital. Él se presentó de inmediato en el nosocomio y le pidió que se comunicara al Ministerio Público para que se abocara a la investigación de los fallecimientos, por lo que se levantó un acta circunstanciada (a las 16:30 horas) "la cual indicaba el fallecimiento de las personas al parecer por haber inhalado bióxido de carbono, y la notificación que se hizo al subdirector médico. Firmaron dicha acta los doctores Carlos Córdova, Héctor Rodríguez Frías, Aldo Federico Seimandi Uriarte, Abelardo Velázquez Ibarra, Manuel Munguía Barragán, Alfredo Plácito Bravo, el doctor Segura, Matilla Torres y Rafael Tapia".

17. Mediante acta circunstanciada del 15 de marzo, alrededor de las 15:25 horas personal de la Comisión asentó que cuando intentaban entrevistar en las instalaciones de la agencia del Ministerio Público de Puerto Vallarta a la enfermera Ana Rosa Villaseñor, de quien se tenía información de que había colaborado en la atención de los pacientes Apolinar Bravo Zavalza y Esther Valencia Campos, fueron interceptados por una persona que dijo llamarse Miguel Moreno Sandoval, quien se presentó como abogado de la Secretaría de Salud. Al hacerles saber el motivo de la presencia de los visitantes, les solicitó que esperaran unos minutos antes de permitir que hablaran con la enfermera, luego de lo cual sólo les informó que se había comunicado con la licenciada Victoria González Rodríguez, encargada de asuntos jurídicos de la Secretaría de Salud. Alrededor de las 15:30 horas, el señor Miguel Moreno Sandoval les avisó a los visitantes que por instrucciones de esta abogada la enfermera Ana Rosa Villaseñor no iba a proporcionar ningún tipo de información al personal de Derechos Humanos. Acto seguido, en presencia de los visitantes, Miguel Moreno instruyó a la enfermera citada para que no diera información alguna, no obstante que los visitantes recalcaron la obligación que tiene como servidor público de colaborar en forma veraz y oportuna con esta Comisión, a lo que Miguel Moreno contestó: "Estoy enterado, yo también soy abogado, pero acabo de recibir instrucciones de la licenciada Victoria y no va a declarar; sólo quiero que quede asentado que la enfermera ya rindió su informe en relación con las declaraciones del personal del hospital".

Fue necesario que la Presidenta de la CEDHJ se comunicara vía telefónica con el Secretario de Salud, con quien habló en tres ocasiones el día 15 de marzo, a fin de que se proporcionaran facilidades por parte de la mencionada funcionaria para la investigación que realizaba el personal de la Comisión que se encontraba en esos momentos en la ciudad de Puerto Vallarta.

18. El 16 de marzo de 2000, personal de la Comisión entrevistó al médico Aldo Federico Seimandi, quien dijo desempeñarse como cirujano general adscrito al Hospital Regional, y manifestó que el 12 de marzo, cerca de las 16:30 horas, el doctor Antonio Francisco Matilla Torres, médico internista, le pidió que se acercara a las tomas de oxígeno y oliera el gas, para lo cual revisó la toma que se encuentra en la cama 3 de urgencias, y el olor le irritó la garganta y le produjo tos, de lo cual dedujo que no era oxígeno. Los médicos, en compañía de Ernesto Trujillo, oficial de mantenimiento del hospital, se trasladaron al área de tanques de oxígeno, donde verificaron las

etiquetas y encontraron que una decía "Bióxido de Carbono" y el tanque estaba conectado a la red. Procedieron a cerrarla y a lavar la red, con tanques chicos de oxígeno. Después se trasladaron a las oficinas de la dirección del hospital, donde levantaron el acta correspondiente y se le informó al médico Carlos Córdova Segovia, subdirector en turno. Coincidió en que Esthela Quintero Langarica, secretaria de la dirección del hospital, se comunicó a la agencia del Ministerio Público.

También afirmó el declarante que el día de los hechos auxilió en la reanimación de la adolescente de 16 años, operada por un aborto incompleto, quien cayó en paro cardiorrespiratorio. Además narró su intervención en las maniobras de reanimación de la paciente Esther Valencia, quien presentaba malas condiciones, dificultad respiratoria y apnea, por lo que una enfermera le pidió su ayuda al caer la paciente en paro cardiorrespiratorio (de quien hasta entonces el médico declarante desconocía su identidad). Acudió, y con ayuda de otro médico procedió a intubarla y le dio asistencia ventilatoria con ambú. En cuanto llegó el doctor Antonio Francisco Matilla Torres éste se hizo cargo de su paciente. Afirmó que ante una urgencia "todos acudimos a auxiliar al paciente y ya después nos reintegramos a nuestros servicios", que fue lo que sucedió con él en los dos casos narrados en su comparecencia.

En esa ocasión, al médico Seimandi se le hicieron, entre otras, las siguientes preguntas:

- Cuando un paciente es intoxicado por bióxido de carbono, ¿tiene alguna manifestación clínica?

Respuesta: No sería diferenciable en un paciente intubado con cianosis peribucal y en paro cardiorrespiratorio.

- ¿Su participación se concretó exclusivamente a las dos pacientes que mencionó?

Respuesta: Sí

19. El 14 de marzo, el jefe del área de mantenimiento, del Hospital Regional, Martín Guadalupe Meza Gómez, en su declaración ministerial, afirmó ser "pasante de técnico en mantenimiento" y que:

hasta el mes de agosto del año de 1999, se llevaba a cabo la anotación en una libreta de la bitácora en torno al consumo de tanques diarios y por turno cuando en ese entonces se tenía un tanque en cilindro con capacidad de 8.5 metros cúbicos [...] pero debido al consumo variable de oxígeno se determinó adecuar instalaciones para colocar otro tipo de tanque denominado dewar, con capacidad de 130 metros cúbicos, [...] hasta esa fecha ya no se siguió llevando la anotación en la bitácora para señalar el control de llenado de los tanques de oxígeno y esto se hizo porque el pedido de surtido era cada viernes y cuando se veía que hacía falta oxígeno, se hacía el pedido vía telefónica. [...] Los tanques de 130 metros cúbicos que actualmente se encuentran en función en el hospital deberían tener un color para distinguirlos, siendo lo normal colores blanco en la parte superior y azul en la parte inferior con una franja en color anaranjado, esto es de acuerdo a las medidas de seguridad de reconocer el tipo de tanque, ya que cuando se realizó el cambio a esta capacidad de tanque, por parte de la empresa, recuerdo que lo único que nos manifestó la persona que los llevó fue: "como conectar el mismo, qué hacer en caso dado de que se bajara la presión en el manómetro indicador y así mismo qué medidas tomar cuando se nos elevara la misma", y hasta la fecha no nos ha dado ninguna capacitación por parte de la empresa y lo que en esa ocasión me dijeron los de la empresa, yo se los transmití a mis compañeros de trabajo, [...] lo tanques de oxígeno que nos suministra actualmente la empresa Infra, en ocasiones son de color blanco en toda su estructura o en color natural de acero inoxidable y algunos traen la leyenda de oxígeno líquido y otros no la traen, [...] pero como únicamente esa empresa surte al hospital el oxígeno y no de otro gas por esas anomalías casi no se les da importancia y señaló que las válvulas de estos cilindros de oxígeno son de una medida diferente a otro cilindro de gas y por consiguiente no es adaptable en caso de que se llevara otro cilindro de otro tipo de gas.

20. El 16 de marzo de 2000, alrededor de las 12:00 horas, personal de la CEDHJ se entrevistó en las instalaciones del hospital con el señor Martín Guadalupe Meza Gómez, jefe del área de mantenimiento del Hospital Regional de Puerto Vallarta, quien manifestó que su horario laboral era de 08:00 a 14:30 horas de lunes a viernes; que tenía estudios de pasante "de técnico en mantenimiento", que su función es coordinar todos los trabajos del área, y le asigna sus tareas a las diez personas que integran su departamento. El 12 de marzo no laboró y dijo que el 10 de marzo había estado en una reunión con el director y administrador del hospital, de las 10:30 a las 12:30 horas, y afirmó que "parece ser que en ese tiempo fue cuando surtieron el oxígeno, y de eso yo no me di cuenta, ya que nadie me informó". Dijo que se había dedicado a recabar información que le habían solicitado en esa reunión con los directivos del hospital, y que en esa tarea se auxilió de Apolinar Núñez, quien nunca le informó sobre la recepción de los tanques del viernes 10 de marzo. Que se ocupó de otros encargos y no supo quién ni a qué hora conectó los tanques. El 11 de marzo, según expresa, estuvo cubriendo el área de mantenimiento Ernesto Trujillo Benítez, con el horario de 08:00 a 20:00 horas. Él le entregó el turno a Manuel Beltrán Ponce, quien cubrió un horario de 20:00 a 08:00 horas del siguiente día; "y le entregó su turno otra vez a Ernesto Trujillo el 12 de marzo siguiente, de las 08:00 hasta las 20:00 horas de ese día". También dijo que el administrador del hospital, licenciado Víctor Olmedo, le ordenó que no diera ningún tipo de información que la dirección o la administración no autorizara. Sin embargo, a pedimento de la visitadora que lo entrevistaba, manifestó que el adaptador que tenía el tanque de bióxido de carbono no sabían si venía así o en el hospital se lo instalaron, que las únicas bitácoras elaboradas en el área de su jefatura corresponden a agosto de 1999, cuando instalaron los tanques dewar, los que se llevaron de nuevo en enero de este año, pero sólo por 15 días. A la fecha no se lleva ningún registro ni control en relación con el manejo y disposición de los tanques de gas. Asimismo, en las mañanas, los cambios de los tanques los hacía él, Rodrigo Peña Topete o Juan Manuel Macías Ramírez; en las tardes, Víctor Rodríguez Muñoz y en las noches Javier Carrillo Bárcenas, Sergio Rivera Rodríguez o Manuel Beltrán Ponce, y los fines de semana Ernesto Trujillo Benítez.

La capacitación en el manejo de los tanques se llevaba a cabo en el mismo momento en que eran instalados por empleados de la empresa Infra y consistía en una plática con información muy breve. Les dijeron que los tanques tienen cuatro válvulas; dos para que se conecten a la red y salga en estado líquido y otra para el estado gaseoso. Otra, cuando el manómetro indica baja presión, se usa para abrir la válvula y que éste suba; la otra, dijo que no sabía para qué era o cómo se usaba.

Se le preguntó si del cambio de tanques se le proporcionaba alguna información como coordinador del área, y contestó que el acuerdo entre hospital y empresa era que a él tenían que entregarle los tanques, pero cuando no se encontrara en el hospital el responsable de recibirlos sería el encargado del área en turno. Dijo que el día que se entregó el pedido con el tanque equivocado, Apolinar Núñez debió haberle avisado la llegada del mismo, pero no lo hizo, según su afirmación.

Afirmó que el área donde se encuentran los tanques de gas medicinal no es restringida, ya que "es de paso hacia los depósitos de basura, casa de máquinas, bombas para el suministro de agua, tanque de agua caliente, generadores de vapor, la subestación o planta de urgencia, el transfer automático para la caída de electricidad y gabinete de distribución de los interruptores para las diversas áreas; el transformador de alta, [el de] baja y el gabinete de recepción de alta tensión. En otro cuarto se encuentran dos compresores para el uso de aspiradores, de las diferentes áreas del hospital, el área de monitores, y en el cuarto de los tanques llamados Manifold, que es donde se almacenan los cilindros de oxígeno vacíos y los llenos, hay 14 tomas para tanques chicos de seis y nueve kilos, una instalación para tanques dewar, con capacidad de dos tanques con su regulador".

Dijo desconocer la norma aplicable en cuanto a verificación de los tanques, pues dijo que es a la empresa Infra a la que corresponde verificarlos, ya que él no sabía de ninguna autoridad sanitaria o reguladora que hubiera hecho inspecciones o visitado las instalaciones del hospital. También afirmó que en 17 años con once meses de trabajar en el hospital y en año y medio como coordinador del área no había recibido ninguna capacitación respecto a mantenimiento.

21. Mediante acta circunstanciada levantada a las 10:45 horas del 16 de marzo del año en curso por el personal de la CEDHJ encargado de la investigación en Puerto Vallarta, se hace constar la entrevista con Micaela Peña Gómez, enfermera del Hospital Regional, quien no tiene horario fijo por desempeñarse como "cubreincidencias". Narra que el día de los hechos investigados entró a laborar a las 8:00 horas en el servicio de ginecoobstetricia, donde había 15 pacientes. Los anotó en la bitácora de servicio sólo con número de sus camas, no por sus nombres, ya que las indicaciones médicas los doctores las leen directamente de la libreta de cada paciente. Dijo que alrededor de las 8:30 horas escuchó decir a su compañera Rebeca Jaramillo que una paciente de dos meses de edad se encontraba en pediatría con paro cardiorrespiratorio y que el médico Alfredo Plácido Bravo y la supervisora de enfermeras de nombre Adela trataban de volverla a la vida a través de maniobras de reanimación, sin éxito alguno, y que posteriormente sabe que la bebé murió por broncoaspiración. La segunda defunción fue la de un anciano, cerca de las 9:30 horas, de la cual se enteró en el servicio de medicina interna. El paciente era atendido por el médico internista de nombre Antonio Francisco Matilla y la enfermera Ana Rosa, de quienes ignoraba sus apellidos.

Siguió narrando que la tercera defunción fue a las 10:30 horas en el área de toco. Se trataba de una joven de 16 años que fue remitida del servicio de urgencias para que le practicaran un legrado, pero ignoraba más datos.

De la cuarta defunción, se enteró en el comedor del hospital por comentarios de sus compañeras, referentes a que una paciente tenía dificultades para respirar y fue atendida por los médicos Antonio Francisco Matilla Torres y Aldo Federico Seimandi, y que ignoraba más detalles, como quién había estado de guardia en el área de mantenimiento o de manejo de tanques del 11 al 12 de marzo, pero que el día 12 estaba de guardia una persona de mantenimiento de nombre Ernesto. Que por medio de un pitido cuando falta oxígeno suena una alarma y así se dan cuenta de la necesidad de conectar otro tanque, pero que el día de los hechos no la escuchó.

22. El 17 de marzo de 2000, personal de la CEDHJ se entrevistó con el empleado de mantenimiento del hospital, quien dijo llamarse José Manuel Beltrán Ponce, conocido como "Posi". Su narración es la siguiente: Es oficial de mantenimiento desde hace 18 años en ese nosocomio. El 11 de marzo entró a laborar a las 20:00 horas y llegó al cuarto de los tanques alrededor de las 21:30 horas. Inspeccionó el tanque que estaba conectado, uno pintado de blanco "y como se forma escarcha en el nivel del oxígeno, así se detecta la cantidad que queda y ese tanque tenía poco menos de la mitad". Dijo que el tanque que contenía bióxido de carbono estaba desconectado y así lo dejó, porque creyó que había bastante para el servicio de esa noche, y según él, "aguantó" hasta su horario de salida del otro día. Que antes de retirarse de su turno hizo una revisión al tanque y aún le quedaba "bastante" como para "durar en servicio hasta las once o doce", por lo que no fue necesario conectar el otro tanque. Desconoce quién lo conectó, pero aclaró que seguía de responsable en el turno su compañero Enrique Trujillo.

23. Alrededor de las 10:15 horas del 16 de marzo de ese año, la Cuarta Visitadora General se entrevistó con la licenciada Victoria González Rodríguez, encargada de asuntos jurídicos de la Secretaría de Salud, en las instalaciones del Hospital Regional de Puerto Vallarta, y levantó acta de lo que allí aconteció, que es lo siguiente: la licenciada Victoria González le argumentó que ella no quería obstaculizar el trabajo de la Comisión, pues conocía el trabajo y estaba de acuerdo en ello; se dijo muy respetuosa de las funciones de la Comisión, pero que la razón por la que el día anterior no había permitido que los visitantes de la Comisión entrevistaran al personal de enfermería y a los médicos, fue porque ella "quería proteger a su gente", ya que las enfermeras se encontraban tensas por lo difícil de la situación. Incluso manifestó que uno de los médicos había llorado y que eran requeridos por varias comisiones de investigación, una carga de trabajo que los hacía sentirse mal. Ante tal situación, ella había considerado en ese momento que no era oportuno hablar con ellas, pero que ese día se comprometía a mandarlas llamar, como de hecho ya lo hacía a través de su secretaria. Se le preguntó si deseaba contestar por escrito y justificar así la negativa de información que desde el 14 de marzo había manifestado hacia los visitantes, con lo cual

había obstaculizado las investigaciones y actuación legal de éstos. La Cuarta Visitadora le explicó lo que es un asunto jurisdiccional pues un día antes, por teléfono, aquélla había esgrimido el argumento de que la Comisión no podría interferir en un asunto de esa índole, por lo que consideró que el caso no era competencia de este organismo. La representante de esta institución le explicó que la actuación de la Comisión en modo alguno implicaba duplicidad de funciones o un obstáculo para las investigaciones de la Procuraduría. La respuesta de la funcionaria fue que ella conocía la Ley de la Comisión Estatal de Derechos Humanos, pero no hizo ningún comentario de lo que la Cuarta Visitadora le explicó. Se concluyó la entrevista con la asunción de la responsabilidad por su parte, en cuanto a la negativa a dar información que en forma verbal y directa hizo ante la Visitadora.

24. El 17 de marzo de 2000, alrededor de las 15:00 horas, personal de la CEDHJ se presentó en las oficinas de la agencia del Ministerio Público para solicitar, una vez más, la entrega de copias simples o certificadas de las declaraciones ministeriales de los empleados de mantenimiento, personal de enfermería y médicos del Hospital Regional de Puerto Vallarta involucrados en los hechos; en esa ocasión el licenciado Flavio González López, agente del Ministerio Público para asuntos especiales de la Procuraduría General del Estado le permitió únicamente enterarse de las mismas, por lo que se procedió a transcribir las declaraciones ministeriales de Ernesto Trujillo Benítez, José Manuel Beltrán Ponce y Apolinar Núñez Peña, empleados de mantenimiento del hospital.

25. Con relación al primero de los mencionados, se trata de una actuación ministerial del 12 de marzo a las 20:00 horas ante el licenciado Manuel Ismael Rodríguez Avelar, agente del Ministerio Público adscrito a la Cruz Roja Mexicana, junto con los empleados de asistencia Oswaldo Sandoval Maldonado y Julio César González Ortiz; el compareciente Ernesto Trujillo Benítez, manifestó sus generales y que sabía leer y escribir; en relación con su declaración se transcribe lo conducente, como sigue:

Que soy oficial del Departamento de Mantenimiento del Hospital Regional de esta ciudad de Puerto Vallarta, Jalisco, con una antigüedad laboral de 19 diecinueve años de servicio y que tengo 10 diez años de servicio de estos diecinueve, laborando en una jornada de doce horas comprendidas de 8 ocho de la mañana a 20 veinte horas, los sábados y domingos; y es el caso que el día de ayer sábado 11 once del mes de marzo del presente año, siendo aproximadamente las 8 ocho de la mañana, ingresé a laborar al departamento de mantenimiento, ya que mi función es la de checar cuartos de máquinas, suministradores de oxígeno y energía eléctrica, generadores de vapor, áreas de quirófanos, áreas de urgencias y áreas de hospital; al llegar me dirigí hacia el cuarto de gases medicinales, encontrando dos tanques de 130 ciento treinta kilos de capacidad de almacenaje, uno de ellos de oxígeno y el otro bióxido de carbono, dice: Quiero corregir que cuando llegué al cuarto de gases medicinales solamente chequé que dos tanques estaban conectados, más no me di cuenta de qué producto era, ya que generalmente solamente en dicha área se recibe oxígeno; y que al checar dicha área procedí a hacer un recorrido por áreas del hospital, y por todo el día estuve haciendo recorridos por todo el hospital; y sucede que se llegaron las 20:00 horas del día y me retiré de mi lugar de trabajo hacia casa, dejando todo conectado como lo había encontrado y sin novedad; y es el caso que siendo el día de hoy, aproximadamente a las 8:00 ocho de la mañana, ingresé a laborar y me dirigí hacia las mismas áreas de gases medicinales, encontrándose los mismos dos tanques conectados y así los dejé en servicio, como se encontraron, y realicé mi recorrido dentro del hospital con la finalidad de detectar fugas de oxígeno y aire comprimido y se encontró todo normal, y posteriormente se procedió a trabajar la caldera, en el área de cuartos de máquinas, para el uso de esterilización de material quirúrgico; y estando en el área de mantenimiento pasé a verificar una toma de oxígeno al área de urgencias y detecté que no era oxígeno lo que salía de la toma, y desprendía un fuerte olor a gas butano, por lo que de inmediato les hice del conocimiento a los médicos Aldo Seimandí Uriarte y Carlos Córdova, indicándoles que no era oxígeno lo que estaba saliendo por la toma, y haciéndoles saber que era bióxido de carbono, por lo que nos condujimos hasta el área de suministro de gases medicinales y checamos que todavía se encontraban los dos tanques de oxígeno, dice: checamos que los dos

tanques todavía se encontraban conectados y observamos que uno de ellos estaba etiquetado con bióxido de carbono y el otro con oxígeno y (...) procedí a retirar el tanque de bióxido de carbono, para hacerle un lavado a la tubería con oxígeno; esto sucedió aproximadamente como a las 17 diecisiete horas; el chequeo que hice fue por motivo de que escuché que en el hospital habían fallecido dos personas muy rápido, por lo cual se me hizo raro; y fue entonces cuando también se le hizo del conocimiento a la auxiliar administrativa de los fines de semana de nombre Esthela Quintero Langarica; después de todo esto desconecté los tanques y solamente dejé uno solo de oxígeno conectado y posteriormente me di cuenta que murieron más personas este misma día, y más tarde llegó el Ministerio Público quien me indicó que debería comparecer a declarar a esta fiscalía; quiero agregar que este tipo de material nos lo surte la empresa Infra pero solamente nos surte oxígeno; pero yo nunca chequé las etiquetas de los tanques, ya que siempre nos surten oxígeno, pero esta vez descubrí que había un tanque de bióxido de carbono; dichos tanques los recibí el compañero Apolinar Núñez Peña, aproximadamente el día 10 diez de marzo, desconociendo la hora en que los haya recibido.

Personal de la CEDHJ transcribió la actuación ministerial levantada a las 15:00 horas del día 13 de marzo de 2000, por el agente del Ministerio Público licenciado Flavio González López y su personal de asistencia Juan Alberto López Amaral y Jéssica Mariela Estrada López, relativa a la comparecencia de José Manuel Beltrán Ponce, quien dijo sus generales y afirmó saber leer y escribir por haber cursado la educación primaria y, en relación con los hechos, manifestó:

Que me presento ante esta oficina a declarar en relación a los hechos que se investigan por la muerte de cinco personas ocurrido el día domingo 12 doce de marzo del año en curso, en el Hospital Regional de esta ciudad de Puerto Vallarta, Jalisco, en donde presto mis servicios como oficial de mantenimiento, con una antigüedad de 18 dieciocho años, cuyo horario es de los martes, ingresando a las 20:00 veinte horas, para salir a las 08:00 ocho horas de la mañana del día miércoles; los jueves, a las 20:00 veinte horas, para salir el viernes a las 08:00 ocho horas, y los sábados, entrando también a las 20:00 veinte horas, para salir los domingos a las 08:00 ocho horas de la mañana, y una vez que se me hace saber que la investigación entre otras cosas se encuentra basada sobre la recepción, colocación y distribución de los tanques de gases que se manejan en el hospital, manifiesto que mis funciones en el área de mantenimiento entre las más importantes se encuentra la de que haya abastecimiento de oxígeno, aire para el uso de aspiradores, revisar los aljibes que se encuentren a su máxima capacidad y caída de la toma de agua, y que haya buen funcionamiento de luz, electricidad; más checar alumbrado exterior e interior, cerrar puertas a las 23:00 veintitrés o 23:30 veintitrés treinta horas, lo que es en el área de administración, más las urgencias que salen de mantenimiento correctivo, que se presenten en mi horario de trabajo, y a la hora de salida es checar que esté en funcionamiento el abastecimiento de oxígeno y checar la luz, y el día sábado 11 de marzo del año en curso ingresé a trabajar a las 20:00 veinte horas, como es costumbre, y una vez que ingresé a supervisar el tanque de oxígeno del lado derecho observé que estaba funcionando con capacidad de medio tanque; a las 22:00 veintidós horas, la supervisora Dolores Galindo Nolasco me avisó que no había presión de aire, por lo cual como muchas veces no descifran si es aire u oxígeno, fui a revisar el tanque y los manómetros del tanque conectado si había presión; purgué las compresoras, consistiendo esta función en sacarle el agua a la compresora; esto, para que los aspiradores funcionaran a 100% (cien por ciento) de su capacidad, al checar también la presión cerca de seye (sic) (departamento o área de esterilización) al ver su funcionamiento bien, no tuve más remedio que meterme a quirófano a arreglar la falla a la sala número 1 uno de quirófano, porque iban a hacer una cirugía y a ocupar el aspirador; al arreglar la falla me salí de quirófano y me trasladé a mi área de mantenimiento para estar al tanto de lo que pudiera ofrecerse; cuando yo ingresé a mis labores al cuarto en donde se encuentran los cilindros de oxígeno médico, había uno en funcionamiento, que fue el que yo recibí, mismo que se encontraba a la mitad de consumo y había otros dos que se encontraban desconectados, el que estaba conectado era de color blanco y el que estaba a su lado izquierdo era de color aluminio, y el otro también es de color aluminio, y los tres cilindros son del mismo tamaño y creo que estos tres cilindros no tenían capucha, pero anteriormente cuando manejábamos cilindros de menos kilos, los cilindros se identificaban por su color, ya que normalmente era una combinación de entre naranja y verde, y actualmente son de unas etiquetas

que traen, pero que en ocasiones no las traen, y a esto no le damos mucha importancia, ya que actualmente el único gas que se maneja es el oxígeno, ya que hace aproximadamente un año se dejó de utilizar el óxido nitroso, que ocasionalmente los anestesiólogos los solicitaban, y los tres cilindros que había en mantenimiento tienen las mismas características de forma, de capacidad, entre 125 ciento veinticinco y 130 ciento treinta kilos; la duración de este tipo de tanques de oxígeno es variable, según el uso que se tenga, y la cantidad que contiene el cilindro lo identificamos a través de la presión por medio del manómetro o también a través de la observación del cilindro, porque a simple vista se baja la humedad, que va dejando una capa de hielo que divide entre el vacío y el nivel del oxígeno, y generalmente la empresa proveedora es la que se encarga de maniobrar los cilindros hasta el interior del cuarto de alimentación de oxígeno, los cuales en algunas ocasiones nos han ayudado a conectarlos, pero normalmente eso lo hacemos los de mantenimiento, ya que la herramienta utilizada es una llave española al parecer de medida para la válvula grande y la otra es un poco más chica que ésta, y la cual es para la otra válvula, y hasta la terminación de mi horario de trabajo, que es a las 08:00 ocho horas del domingo, el oxígeno del tanque que está conectado fue suficiente para el servicio del nocturno, por lo tanto, no conecté ningún cilindro dentro de mi horario de trabajo del sábado para amanecer domingo, y como no se requirió más oxígeno ésa fue la razón por la que yo no conecté el siguiente cilindro, y en este caso sí se conectó alguno de los otros dos cilindros restantes que se encontraban en el cuarto, posiblemente, y sin asegurarlo lo realizó el otro empleado de mantenimiento que me recibe mi servicio, y que se trata de Ernesto Trujillo, a quien le entrego el turno, pero sin alguna orden de servicio o bitácora o algo por el estilo, sino que simplemente yo ingreso y me responsabilizo de mis funciones, y como ya lo mencioné, tengo 18 dieciocho años de prestar mis servicios y durante todo este tiempo no me había dado yo cuenta de algún incidente en el que hubieran perdido la vida algunas personas relacionadas con el consumo de oxígeno, y en relación con estos hechos yo me di cuenta el mismo día de ayer, domingo 12 doce de marzo, aproximadamente a las 21:00 veintiuna horas, cuando me encontraba en mi domicilio, y en ese momento me habló un reportero de nombre David García Barroso, el cual me preguntó que cuántas personas se me habían muerto a mí, cosa que no le creí lo que me decía, ya que me había dicho que habían fallecido cinco personas, preguntándome la hora en la que había salido de laborar, indicándole que había salido a las 08:00 ocho horas, y que en ese momento estaba declarando Ernesto Trujillo, que es el otro empleado de mantenimiento que ingresó a laborar después que yo, es decir, el domingo 12 doce de marzo del año en curso, cuando se manejó la información de que habían fallecido por el consumo de gas butano, pero eso no es cierto, ya que no se utiliza ese tipo de gas, ya que no es del tipo de gas que utilizamos en el hospital y el día de hoy, por medio de las publicaciones de los periódicos locales El Sol y el Meridiano aparecieron fotografiados los cilindros de gas que ya mencioné y que son los mismos que tuve a la vista el día en que yo ingresé a laborar en número de tres, uno en servicio y dos sin servicio y por medio del periódico me di cuenta que cuando declaró Ernesto, que cuando entró a trabajar los cilindros estaban conectados, pero esto es falso, ya que en ningún momento conecté algún cilindro y en estos momentos doy cuenta de lo declarado por Ernesto Trujillo Benítez, cuya declaración me fue mostrada, y una vez que le di lectura, me doy cuenta de que efectivamente está señalando que recibió dos de los cilindros conectados y en servicio, pero eso es totalmente falso, ya que no es verdad, porque no conecté ningún cilindro, solamente dejé el mismo cilindro que yo había recibido, y muestra de ello de que si yo hubiera conectado y abierto la válvula de alguno de los cilindros que se encontraban ahí, como lo era el de bióxido de carbono, las personas hubieran muerto dentro de mi turno de trabajo, y lo que yo estoy mencionando es la verdad de lo que sucedió, y quien posiblemente esté faltando a la verdad es Ernesto Trujillo, porque la muestra de que él pudo haber conectado el cilindro es que los hechos sucedieron dentro de su horario de trabajo, (...) dentro de las funciones de los empleados de mantenimiento se encuentra la de recibir los tanques de oxígeno médico que se le compran a la empresa Infra en esta ciudad de Puerto Vallarta, Jalisco, y hasta en estos momentos me doy cuenta que la última ocasión que se recibió el servicio de cilindros de oxígeno médico fue el viernes 10 de marzo del presente año, y le tocó recibir al otro compañero de mantenimiento de nombre Apolinar Núñez Peña, y el sistema de entrega consiste en la siguiente forma, los empleados de Infra lo meten rodando, firmamos de recibido y nos dejan una copia de la nota y yo, en lo particular, como estoy de noche, la dejo en un lugar visible dentro del cuarto de mantenimiento y se encarga de conservarlas el jefe de mantenimiento de nombre Martín Meza

Gómez, y el pago se hace por conducto de administración; quiero agregar, por último, que en el mes de noviembre del año de 1999, mil novecientos noventa y nueve, realizaron cambios de toda la tubería y tomas que conducen el oxígeno médico en el hospital, ya que eran tomas y tuberías antiguas que estaban desde que se hizo el hospital, desde hace aproximadamente 18 dieciocho años, y en algunas ocasiones también se llegaron a reportar algunas fugas de oxígeno, las cuales fueron reparadas, y en relación a lo que se me pregunta en el sentido de que si en el tiempo que tengo laborando para el Hospital Regional he recibido algún curso de capacitación relacionado con mi empleo en el área de mantenimiento, pero sí realicé una solicitud de capacitación hace como unos cinco o seis años para la revisión de aparatos médicos y refrigeración, y lo aplico en mi trabajo, es lo que he aprendido a lo largo de los años de servicio, pero las áreas fuertes que domino es la electricidad, pintura y algo de albañilería, ni por parte de la Secretaría ni por parte de la empresa, que son proveedores del hospital, aunque sí me di cuenta de un curso de manejo de producto de la empresa Infra, y eso sucedió aproximadamente hace dos años, y al cual no asistí por estar de vacaciones, ya que no me avisaron que iba a haber dicho curso, y respecto del cambio de capacidades de los cilindros de oxígeno, de éstos sí me di cuenta del cambio al verlos físicamente, pero nunca se nos informó ni verbal ni por escrito, y yo en particular sí llegué a ver uno de los manuales de la empresa Infra, en donde se ilustran los colores de los cilindros, pero los que resultaban de interés para mí eran únicamente de los que manejábamos en el hospital que son los tanques de oxígeno médico y de oxígeno nitroso que eran los que anteriormente se utilizaban.

Se transcribió la actuación ministerial levantada a las 17:15 horas del día 13 de marzo de 2000, por el agente del Ministerio Público, licenciado Flavio González López, y su personal de asistencia Juan Alberto López Amaral y Jessica Mariela Estrada López, relativa a la comparecencia de Apolinar Núñez Peña, quien dijo sus generales y saber leer y escribir por haber cursado la educación secundaria y en relación con los hechos manifestó:

Que me presento ante esta oficina a declarar en relación a los hechos que se investigan por la muerte de cinco personas ocurrido el día domingo 12 de marzo del año en curso, en el Hospital Regional de esta ciudad de Puerto Vallarta, Jalisco, en donde presto mis servicios como oficial de mantenimiento, con una antigüedad de 16 dieciséis años, laborando de lunes a viernes con un horario de 07:30 siete treinta a 14:00 catorce horas, y las funciones que desempeño por lo regular en mi trabajo es tener en buen estado la pintura de los objetos que hay en el hospital, fontanería, y trabajos de reparación en general, también teniendo como función, al igual que las demás personas que laboran en el área de mantenimiento, el de recibir los tanques de oxígeno médico, el cual es suministrado por la empresa Infra, y el día viernes 10 diez de marzo en que me encontraba laborando en el hospital, y siendo aproximadamente entre las 11:30 once treinta y las 12:00 doce horas, llegó una persona, distribuidor de la empresa Infra, el cual me informaba que llevaba dos tanques de oxígeno que se habían pedido para el hospital, sin saber quién haya sido la persona que pidió los tanques, pero por lo regular la orden para pedir los tanques de oxígeno la da el jefe de mantenimiento de nombre Martín Guadalupe Meza Gómez, por lo que una vez que llevaron los tanques de oxígeno, yo únicamente chequé que en realidad fueran dos tanques que estaban dejando, sin verificar si en realidad estaban suministrando oxígeno o algún otro gas, ya que como se había pedido oxígeno, no revisé alguna leyenda o algo, lo único que vi físicamente los tanques, los cuales eran dos tanques grandes, desconociendo el tamaño, pero eran de características de color metálico nuevecito y otro de color blanco ya maltratado por el uso, sin que recuerde alguna otra característica de los mencionados cilindros, y esta ocasión era una sola persona el cual los maniobraba girándolos, y realizó la entrega de los cilindros, al realizar las maniobras correspondientes los dejó en el lugar, y el procedimiento de recepción que normalmente lo hacen de manera apresurada consiste en que llegan en la camioneta, los bajan, y ahora que son tanques grandes no he ayudado en ninguna de las maniobras para introducirlos al área de mantenimiento en donde están las líneas de oxígeno, ya que anteriormente sí les ayudaba cuando eran tanques chicos, y yo como empleado de mantenimiento únicamente superviso la introducción de los tanques y procedo a firmarles de recibido en una nota que algunas veces que los he leído dicen que los tanques se encuentran en buen estado, ya que yo en algunas ocasiones sí les he hecho la observación cuando vienen golpeados los cilindros, y los empleados de la empresa proveedora ya me informan que ya lo hicieron constar en su entrega, y la nota que yo firmo, me dejaron en este

caso en particular una copia que es como especie de una factura remisión la cual la dejé por encima del escritorio del jefe de mantenimiento de nombre Martín Guadalupe Meza Gómez, quien se encarga de darle el seguimiento para el pago y todo lo demás, y el área donde están los cilindros mide aproximadamente 3 tres metros de frente, por 4 cuatro de fondo, y es un cuarto cerrado con un solo acceso, (...) del tiempo que yo tengo trabajando para el Hospital Regional y el tiempo que se reciben los cilindros de oxígeno de esta empresa la mayoría de las veces los cilindros no vienen con las características como deberían de ser para poder identificarlos por sus colores; es decir, anteriormente identificábamos los cilindros por sus capuchas de determinados colores, por ejemplo, los tanques de oxígeno los identificaba por capucha verde, y yo tengo conocimiento que se manejan muchos colores, por el tipo de gases y sustancias que se manejan; pero como en nuestro empleo generalmente es oxígeno, los medios de identificación son los que ya mencioné; y sobre mi trabajo en turno, el día 10 de marzo del año en curso en el turno matutino, yo en particular no hice alguna conexión o desconexión de alguno de los cilindros, y la conversación que tuve con este empleado desde el momento en que llegó fue de la siguiente forma, sus primeras palabras: "recíbeme los tanques ¿no?", diciéndole que no, que se los recibiera otro, porque yo me encontraba en el departamento de mantenimiento, contestándome "ándale, llevo prisa", diciéndole que si estaban llenos, contestándome que sí, preguntándole cuántos había bajado, diciéndome él que dos, preguntándole que si estaban golpeados, contestándome él que no y en ese momento vi el tanque más viejo, y el cual vi maltratado, y le dije "ése trae un pequeño golpe", y me contestó "ya va apuntado" refiriéndose a un escrito en el cual viene el estado de los tanques al momento de entregarlos en caso de que a los tanques les pase algo, ya que son propiedad de la empresa Infra, y no dejan nunca alguna copia de ese escrito, firmándole en ese momento el escrito y la factura, dejándome una copia de la factura, y en estos momentos me es puesta a la vista copia de la factura remisión 061952, con número de folio de control 65453 de fecha 10 de marzo del año 2000 dos mil; reconozco e identifico la firma de recibido como de mi puño y letra que aparece en la parte baja del lado derecho de la factura, (...) y en relación a la pregunta que se me hace en el sentido de que el día viernes 10 diez de marzo del año en curso por la mañana en que estuve trabajando si me di cuenta cuántos cilindros de gas se encontraban conectados, se encontraba conectado solamente un cilindro, y el cual tenía capacidad como de medio tanque, y los tanques por lo regular son conectados por la persona de mantenimiento que esté en turno cuando se termina el tanque que se está utilizando, y los dos tanques que llevó el empleado de Infra, el tanque metálico lo dejó cerca de donde está la otra conexión de oxígeno de la red, y entrada al cuarto de mantenimiento y el día de hoy que ingresé a laborar por la parte de afuera observé que el tanque metálico estaba conectado en el lugar en donde quitó el otro tanque el empleado de Infra y el tanque viejo estaba en el lugar en donde se encontraba el tanque que tenía la mitad de su capacidad de oxígeno, sin saber si estaba conectado o no y la herramienta que normalmente utilizamos para conectar los tanques de oxígeno es una llave mecánica tipo española de medida al parecer tres cuartos, y desde que se está trabajando con este tipo de conexión, siendo esto desde hace aproximadamente un mes o mes y medio, ya que anteriormente se estaba trabajando con tanques más pequeños y eran diferentes los tipos de entradas, y que en relación a la pregunta que se me hace por parte del representante social en torno a que si el personal del área del transcurso de cada turno, comprendieron entre ellos el de informar la capacidad de oxígeno que exista en alguno de los tanques, esto con el fin de que el compañero del turno de la misma área se encuentre enterado para que lleve a cabo el cambio de tanque al momento de terminarse uno de ellos, a lo que manifiesto textualmente que sí existe bitácora de chequeo de la cantidad de los tanques de oxígeno, pero ésta la realizan los compañeros del turno matutino, de entre las ocho y ocho y media de la mañana, esto con el fin de llevar el control del oxígeno para que en caso de que se termine, realizar el cambio del otro tanque y dicha bitácora se localiza en el escritorio del jefe de mantenimiento de nombre Martín Guadalupe, y de la cual señalo que ignoro si existe algún control de su manejo y señalo que esta bitácora es una libreta en donde se realizan dichas anotaciones.

26. Ese mismo día, alrededor de las 20:00 horas, personal de esta Comisión se trasladó al 529 de la calle Independencia en Puerto Vallarta, para entrevistarse con el oficial de mantenimiento del hospital regional de ese puerto, de nombre Ernesto Trujillo Benítez. Después de llamar varias veces a la puerta del domicilio salían algunas personas que negaban la presencia del buscado. Al

final, se presentó como Ernesto Trujillo una persona que no se identificó y tampoco accedió a proporcionar información alguna al visitador, pues argumentó que "si querían" información se remitieran a lo que él había declarado ante el Ministerio Público. "No tengo más que decir", recalcó, y sin mayores explicaciones se introdujo a su domicilio y cerró la puerta.

27. El 14 de marzo de 2000, personal de la Comisión visitó en sus domicilios a los familiares de las cinco personas fallecidas, escuchó sus quejas y les informó acerca de la atención que les podía proporcionar la misma Comisión dentro de su competencia; les explicó sus derechos a la reparación del daño, al debido procedimiento, a la información del procedimiento judicial y a la atención expedita por parte de los servidores públicos procuradores e impartidores de justicia en este caso; se estableció contacto y se levantaron actas relativas a la visita.

28. En contestación a la solicitud de información que se le hizo por parte de esta Comisión, mediante oficio 024/2000 del 24 de marzo de 2000, el subdirector del Hospital Regional de Puerto Vallarta, Héctor Rodríguez Frías, informó que:

a) La unidad hospitalaria establece las disposiciones contenidas en el Manual de Organización respectivo que adjuntó a su oficio.

b) La operatividad de todas las unidades hospitalarias del país se rige por el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 14 de mayo de 1986. Dijo que adicionalmente se trabajaba en un manual de actividades de quirófano, que en calidad de proyecto acompañó también a su oficio.

c) Argumentó que la Secretaría de Salud Jalisco, por conducto de Servicios de Salud Jalisco, realiza tres tipos de visitas a ese nosocomio; 1) visitas de supervisión del área de mantenimiento, ya explicadas en el oficio 068/2000; 2) visitas de supervisión del área médica, a cargo de la Dirección General de Regiones Sanitarias y Hospitales, las cuales verifican el cumplimiento de los protocolos médicos aplicables, y que se realizan semestralmente, y 3) visitas de auditoría, que realiza la Dirección de Contraloría, y tienen por objeto principal la revisión de estados de origen y aplicación de recursos financieros, administración de recursos humanos y materiales que se realizan conforme al calendario que se fija al efecto.

Acompañó copias simples de la descripción de "Redes de distribución de gases medicinales (oxígeno y óxido nitroso)", correspondiente al Manual Técnico de Conservación para Unidades Médicas de Segundo y Tercer Nivel, elaborado, al parecer, por la Coordinación General de Obras, Conservación y Equipamiento de la Dirección General de Conservación y Mantenimiento de la Secretaría de Salud federal. En dicho manual se describe claramente, en el renglón E.1, que se debe revisar el estado físico de tuberías, conexiones regulares de presión y válvulas en general, que contengan las redes de distribución de oxígeno y óxido nitroso. Cuando se detecte alguna falla, se debe determinar la causa que la originó y programar la reparación. Para este tipo de trabajo se deberá coordinar con el área médica para determinar el tiempo de ejecución. Se señala además que la frecuencia de estas revisiones debe ser semanal y que el personal ejecutante será el técnico especialista.

29. El 27 de marzo de 2000, mediante oficio 075/2000, el doctor Eduardo Ricardo Carranza Pérez, director del Hospital Regional de Puerto Vallarta, rindió su informe. Argumentó que personal a su cargo ya había hecho una minuciosa descripción y que una relación más precisa de los hechos y las probanzas se encontraba en el expediente 102/2000, seguido ante el Juez Primero de lo Penal en Puerto Vallarta, Jalisco, ya que no le constaban los hechos en forma personal y directa; sin embargo, contesta los cuestionamientos que mediante oficio 31/2000-IV se le hicieron por parte de esta Comisión y afirma que:

a) En cuanto a las normas oficiales nacionales e internacionales se han difundido entre su personal los criterios correspondientes. El área médica tiene incluido en su salario el concepto de "Ayuda para gastos de actualización". Con relación al área de mantenimiento, ha difundido la norma NOM ECOL087/95, relativa al manejo de desechos biológicos infecciosos.

b) Respecto del manejo de gases, químicos y residuos peligrosos, el director afirmó que éste se sujeta, en lo conducente, al Manual de Organización de este hospital, validado desde 1994, regido por las NOM-005-STPS-1998 y NOM-009-STPS-1995, en cuanto éste es aplicable.

c) Dijo que el acceso a las instalaciones de Manifold se encuentra restringido, excepto para el personal que lo opera, puesto que "sólo éste tiene motivo para acceder a él".

d) Respecto a los turnos y capacitación de sus empleados de intendencia, dijo que se circunscribían a las Condiciones Generales de Trabajo, donde existía un Reglamento de Capacitación.

e) El médico exhibió copia del Reglamento de Capacitación de la Secretaría de Salud y copias simples e incompletas de los Manuales Técnicos de Conservación para Unidades Médicas de Segundo y Tercer Nivel, de la Secretaría de Salud, ofrecidos por las autoridades del nosocomio de Puerto Vallarta.

30. El 22 de marzo se recibió oficio 9551/00/DDP, suscrito por el licenciado Manuel Ramírez García, coordinador general interinstitucional y de dictaminación del Instituto Jalisciense de Ciencias Forenses (IJCF), por el que remite a esta Comisión copias fotostáticas simples de los oficios 7960 al 65/00/560/650, emitidos por los peritos médicos forenses Miguel Saldaña Torres y Carlos Córdova Mendoza, por medio de los cuales manifiestan que emiten dictamen pericial, por solicitud del agente del Ministerio Público licenciado Flavio González López, respecto "de la intervención de todos y cada uno del personal médico y de enfermería que participaron en el manejo de los cinco pacientes que fallecieron en el Hospital Regional, de las primeras maniobras y manejo clínico hasta su deceso, para el efecto de esclarecer si su intervención fue la adecuada de acuerdo a las normas éticas y profesionales de la medicina, tomando como referencia el expediente clínico del paciente y el certificado de defunción, resultado de la autopsia y todo cualquier antecedente de carácter pericial"; en las conclusiones asientan que:

1. En la atención médica brindada a los pacientes que fallecieron no existió actuación negligente, imprudente o impericia por parte del personal médico y de enfermería que participó en la atención.

2. La causa de la muerte de las personas señaladas fue por asfixia por sustitución de oxígeno por bióxido de carbono.

3. Sí existió actuación negligente, imprudente o impericia por parte de las autoridades del hospital por la nula supervisión de las normas de seguridad establecidas en las instituciones de salud, y también del personal de mantenimiento encargado del manejo y distribución de oxígeno intrahospitalario, situación que ocasionó los cinco decesos.

31. Por medio del oficio 5427/2000/230/650.1/Puerto Vallarta, suscrito por los peritos en siniestros Gustavo Quezada Esparza y Ezequiel Méndez Calvillo, el 16 de marzo de 2000, el IJCF comunica al agente del Ministerio Público adscrito a la Cruz Roja de Puerto Vallarta las causas y origen del siniestro ocurrido en las instalaciones del Hospital Regional, para lo cual integra el dictamen de causas conforme a las siguientes bases de investigación:

a) Detallada inspección visual del hospital en cuestión, específicamente del área de distribución de oxígeno a diferentes áreas.

b) Descripción de los tres tanques dewar presentes en el área de distribución de oxígeno a las diferentes áreas del hospital.

c) Revisión y descripción de las conexiones de los tanques dewar al sistema de distribución de oxígeno a las diferentes áreas del hospital.

Destacan en el peritaje la descripción de los tres tanques dewar presentes en el área de distribución de oxígeno:

El tanque número 1 tiene una capacidad de 130 kilos, con una etiqueta en la que se lee "Oxígeno líquido" en letras azules. El indicador de contenido dice que este tanque se encuentra vacío. Este indicador se encuentra cubierto por una capucha de color transparente con la punta verde. El cilindro no se encuentra en posición de ser conectado, ya que sólo hay dos válvulas para este tipo.

Fotografías de los tanques y cómo están dispuestos.

El tanque dewar número 2, con capacidad de 130 kilos, presenta una etiqueta blanca con la leyenda "Bióxido de carbono" en letras azules, y se encuentra lleno según el indicador correspondiente. Está cubierto por una capucha naranja y fue encontrado frente a una de las mangueras del sistema de distribución de oxígeno, presumiblemente conectado a ella.

El oxígeno y el bióxido de carbono son incoloros e inodoros, y por lo tanto es difícil distinguir entre uno y otro en las salas del hospital que tienen tomas de oxígeno.

La etiqueta de identificación del tanque número 2 (bióxido de carbono) contiene las precauciones, entre otras: líquido extremadamente frío; puede causar rápida asfixia, ocasionar congelamiento severo, etcétera.

El tanque dewar número 3, con capacidad de 130 kilos, es de color blanco y presenta una etiqueta blanca con la leyenda "Oxígeno líquido" con letras azules. Lleno a 75 por ciento, según el medidor, y cubierto por un capuchón naranja. Además se encontró conectado a la manguera del sistema de distribución de oxígeno.

Al revisar las válvulas de servicio de los tanques 1 y 2 se apreció lo siguiente: "... presentan un distintivo metálico con la leyenda 'use'; es la válvula que se conecta a las mangueras metálicas del sistema a las diferentes áreas del hospital, encontrando que son válvulas de tipo globo de la misma medida de conexión (3/8 de pulgada). La válvula de servicio correspondiente al tanque número 1 (oxígeno) presenta conectado el niple, conexión donde se embona el cople de la manguera metálica". El dictamen presenta una fotografía en la que se aprecia que había conectado un niple a la válvula del tanque número 1.

A la válvula del tanque número 2 (bióxido de carbono) también se encuentra conectado un niple, el cual se embona el cople de la manguera metálica (también existe en el dictamen una fotografía que muestra la válvula de servicio del tanque número 2 y el niple de conexión instalado).

Según el dictamen, las válvulas de servicio correspondientes a los tanques dewar 1 y 2 son de la misma medida. Se hace constar que los peritos pudieron conectar a la manguera metálica tanto el tanque de oxígeno como el tanque de bióxido de carbono. Se asienta que los niples conexión de los tanques 1 y 2 son de la misma medida: 5/8 de pulgada para conectar al cople de la manguera y con reducción a 3/8 de pulgada para conectarse a la válvula de servicio del tanque.

El tanque número 3 (oxígeno) era del mismo tipo y dimensiones de los dispositivos de conexión.

En el área de distribución de oxígeno al hospital, además de los tanques dewar descritos, hay tanques de oxígeno de capacidad de seis y 7.5 metros cúbicos, de los cuales hay dos instalados de seis metros cúbicos. El sistema de conexión es especial para este tipo de recipientes, ya que al unirse con el otro proporcionan oxígeno al hospital.

En el dictamen se emite como conclusión que "la causa que originó el accidente fue el haber conectado un tanque dewar conteniendo bióxido de carbono en la instalación correspondiente a los tanques de oxígeno, distribuyendo hasta las diferentes áreas del hospital el bióxido de carbono". Y al texto se agrega la siguiente nota: "No se lleva, por parte de personal de mantenimiento del hospital, control de bitácoras en cuestión de cambio y mantenimiento de tanques e instalación de oxígeno"

32. En diarios locales y nacionales se dio cobertura al caso. Entre otros, El Informador, Público, El Occidental, Mural, El Universal, Crónica y Tribuna de la Bahía, este último de Puerto Vallarta. Éste le dio seguimiento al caso a través de diversas notas y declaraciones de funcionarios de la Secretaría de Salud Jalisco en relación con las cinco muertes por inhalación de bióxido de carbono en el Hospital Regional de ese puerto. El doctor Antonio Olvera Oliveros, coordinador de Hospitales Regionales en el estado de Jalisco, manifestó al periódico Mural del 19 de marzo, que "normalmente tenemos un programa de supervisión que está calendarizada y tenemos un equipo que se llama de supervisión integral, que está integrado por ingenieros, médicos, enfermeras, personal muy especializado en auditoría médica y de auditoría administrativa, incluso la misma Contraloría del Estado hace supervisiones sobre situaciones que se van presentando". Dijo que dicha calendarización se hace dos veces al año en cada uno de los hospitales y que la última revisión que se hizo en el de Puerto Vallarta fue en noviembre o diciembre del año pasado.

Respecto de la capacitación, dijo: "En la Secretaría de Salud [...] tenemos el programa estratégico de calidad y con calidez. Tenemos un programa de capacitación en el cual hay una inversión importante del presupuesto operativo de aproximadamente un millón de pesos. Es capacitación para el desempeño técnico y para el ejercicio de los cargos administrativos. Existe un programa de capacitación, tenemos una jefatura de enseñanza que establece el programa de acuerdo con las necesidades, de acuerdo con el tipo de enfermedades que estamos [...] atendiendo.."; manifestó que el personal de mantenimiento entraba en el mismo esquema de parte de la jefatura de enseñanza, con cursos permanentes, y que para ser personal de mantenimiento se requería una especialización.

El mismo funcionario declaró en Ocho Columnas (16/03/2000) que: "en alguna ocasión [el hospital] sí solicitó un tanque de bióxido de carbono, para operaciones dentro del programa: El cirujano te visita".

En El Occidental del 16 de marzo, el director general de Regiones Sanitarias y Hospitales de la Secretaría de Salud, Alfonso Petersen Farah, declaró que las personas que son contratadas deben cubrir un perfil psicológico y académico adecuado al puesto que van a desempeñar.

Distintos diarios locales y nacionales (Público, La Jornada, El Universal, entre otros) habían publicado el 14 de marzo de 2000, las declaraciones de funcionarios de la SSJ. El director de Salud Pública del Estado, Héctor Gallardo Rincón manifestó, acerca de la responsabilidad del accidente, que ésta correspondía a la empresa Infra, porque los tapones de sus tanques nunca han coincidido con los colores que deben tener, según "las normas internacionales vigentes"; por su parte el director general de Regiones Sanitarias y Hospitales, Alfonso Petersen Farah, afirmó que "ya hacía tiempo que no correspondían directamente el color del tapón con el contenido del tanque".

33. El médico Alfonso Cabrera Mir, director general de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (Conamed), remitió a esta Comisión, mediante oficio DGCR/240/0912/00 del 23 de marzo de 2000, suscrito por él mismo, un informe preliminar sobre la opinión técnica emitida por ese organismo en

relación con los hechos. Describe los hechos de manera cronológica, así como las causas de muerte: paro cardiorrespiratorio o pulmonar en los cinco pacientes. En sus consideraciones menciona que el bióxido de carbono es un gas incoloro e inodoro, imperceptible mediante el olfato. La intoxicación actúa cuando este gas desplaza el aire de las vías respiratorias, con disminución de oxígeno en los tejidos del organismo. La falta de oxigenación provoca disnea y asfixia e incluso la muerte en un minuto. Se afirmó que hay pocos casos documentados en la literatura médica internacional acerca de estos accidentes.

Los peritos de la Conamed consideraron que de los cinco pacientes, cuatro tenían padecimientos respiratorios o cardiovasculares que ameritaban terapia con oxígeno, y cuando presentaron grave dificultad que precedió al paro cardiopulmonar, tuvieron sintomatología congruente con sus diagnósticos de ingreso. De ahí parte la dificultad para distinguir que la complicación correspondía a intoxicación por bióxido de carbono, sumado esto al estado y edad de los pacientes, que les impidió expresar sus dolencias.

Con respecto a la paciente a la que le practicaron el legrado, el director de la Conamed afirmó que el procedimiento anestésico incluye la utilización de oxígeno, y su estado de gravedad posterior fue considerado como choque anafiláctico a los medicamentos aplicados, lo cual provoca signos clínicos similares a los que causa la inhalación de bióxido de carbono por falta de oxígeno y falla cardiopulmonar.

Resumen de conclusiones del informe preeliminar de la Conamed:

1. El análisis integral de los casos permite determinar que el personal médico y de enfermería que atendió a los pacientes hizo lo adecuado.
2. La prescripción de oxígeno tenía fundamento en los signos y síntomas que presentaban los pacientes.
3. La intoxicación por bióxido de carbono que llevó al fallecimiento dio como resultado datos clínicos que no eran distinguibles de los síntomas inherentes a sus padecimientos, incluida la paciente operada de legrado, a quien el médico que la intervino le diagnosticó posible anafilaxia medicamentosa.
4. Afirieron los peritos de la Conamed que la circunstancia de que los fallecimientos ocurrieran en diferentes áreas de la unidad hospitalaria, impidió aún más descubrir que se trataba de una intoxicación causada por el sistema general de suministro de oxígeno.
5. No existieron actos de negligencia médica o impericia por parte del personal médico y de enfermería.

El titular de la Secretaría de Salud Jalisco, doctor Cristóbal Ruiz Gaytán López, mediante el oficio SSJ-40/00, remitió un informe a esta Comisión el 29 de marzo de este año; en relación con los hechos manifestó:

- a) El Hospital Regional de Puerto Vallarta firmó un contrato de adhesión con la empresa Infra, SA de CV, para el abastecimiento de oxígeno líquido, con fecha 21 de diciembre de 1998, en el que se establece como producto único el oxígeno líquido.
- b) La empresa Infra realizó las adaptaciones en la red de distribución de oxígeno del Hospital Regional de Puerto Vallarta, para el suministro de oxígeno líquido en recipientes tipo dewar.

c) La empresa Infra surte al Hospital Regional de Puerto Vallarta con oxígeno líquido en este tipo de tanques desde septiembre de 1999, y hasta la fecha ha surtido alrededor de ciento cincuenta tanques.

d) El Hospital Regional de Puerto Vallarta recibió el viernes 10 de marzo de 2000, por parte de la empresa Infra dos tanques tipo dewar que supuestamente contenían oxígeno líquido, según consta en la factura 061952, fechada el 10 de marzo de 2000. El empleado del Hospital Regional de Puerto Vallarta responsable de recibir el insumo y firmar de recibido en la factura de remisión, lo hizo sin determinar que uno de los tanques contenía bióxido de carbono. El personal del hospital que ingresa a laborar el domingo 12 de marzo de 2000, en supervisión rutinaria, confirma que el contenido de oxígeno que queda en el tanque de gas tipo dewar es bajo, por lo que procede a la conexión de otro tanque de oxígeno a la red, sin revisar la etiqueta, pues el personal sabe que a la fecha se consume sólo oxígeno; además, la etiqueta que menciona el contenido se encuentra en la parte del tanque que se orienta contra la pared, cuyo peso (cerca de 140 kilos) lo hace de difícil movimiento.

e) El personal del hospital que procedió a conectarlo refiere haberlo hecho sin dificultad alguna, sin utilizar herramientas o adaptadores especiales.

f) Horas después fallecieron cinco personas, por lo que el personal del nosocomio sospecha que hay un problema en el suministro de oxígeno. Acude una persona al cuarto de gases medicinales, mueve el tanque y al ver la etiqueta determina que se trata de bióxido de carbono, motivo por el cual suspenden el suministro y Blanca Esthela Quintero Langarica, administradora de jornada especial del hospital, da aviso por vía telefónica al Ministerio Público.

g) El Ministerio Público solicitó la participación del Instituto Jalisciense de Ciencias Forenses para practicar las autopsias de ley, cuyos peritos dedujeron que Esmeralda Cortés González, Norberto Damián Muñoz Ureña y Aideé Carrillo Rubio murieron por "anoxemia por sustitución del aire por un gas"; y Apolinar Bravo Zavalza, Esther Valencia Campos por "intoxicación por un gas".

El mismo funcionario, en su informe, hace una serie de consideraciones que es prudente anotar:

1) Las situaciones sugieren que el fallecimiento de estas cinco personas lo causaron lamentables errores humanos, de una "cadena de fallas al deber de cuidado"; del chofer de la empresa entregó un tanque de bióxido de carbono en lugar de oxígeno, y del personal de mantenimiento del hospital que no supervisó el contenido del mencionado tanque al recibirlo y antes de conectarlo a la red, situación que se explica por la rutina y que, en espera de la sentencia que emita el juez, consideramos que se relaciona con este lamentable suceso.

2) El personal médico del hospital que prescribió el uso de oxígeno, no sospechó inicialmente de la equivocación y atribuyó la causa de la muerte a las patologías cardiorrespiratorias típicas de base que hacían que los pacientes requirieran oxígeno suplementario. No fue sino hasta después del quinto fallecimiento que pensaron en la posibilidad del error, y ello los motivó a acudir de inmediato al cuarto de gases medicinales y documentarlo.

3) Se recibió la opinión técnica 03/2000, emitida el 20 de marzo por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. En el punto 5 de conclusiones, se expresa: "... se considera que no existieron actos de negligencia o impericia en la actuación del personal médico y de enfermería presente el día de los hechos".

4) Asimismo, en el peritaje emitido por el Área de Medicina Legal del Instituto Jalisciense de Ciencias Forenses, se concluye que "... no existió actuación negligente, imprudente y/o de impericia, por parte del personal médico y de enfermería que participó con ella, ya que la misma fue adecuada y oportuna".

El secretario de Salud concluyó su comunicado con la siguiente enumeración de acciones llevadas a cabo por la dependencia a su cargo:

I. Personal del Hospital Regional de Puerto Vallarta solicitó el mismo día de los hechos la participación del Ministerio Público, con la finalidad de iniciar las investigaciones pertinentes, y al mismo tiempo procedió a suspender el uso de la red de distribución de oxígeno.

II. El Secretario de Salud acudió al Hospital Regional de Puerto Vallarta al día siguiente de los hechos para ordenar que se brindaran todas las facilidades para las investigaciones y se proporcionara la información solicitada por las diversas instancias.

III. El hospital continuó dando servicios mediante sistemas portátiles de suministro de oxígeno, y sólo se suspendieron de manera temporal las cirugías que no eran urgentes. La actividad general registrada días después del accidente fue la habitual.

IV. La Secretaría de Salud emitió un comunicado a todos los hospitales que se integran con el OPD* Servicios de Salud Jalisco, en el que dispone la observación puntual de las medidas de seguridad y manejo establecidas para evitar este tipo de accidentes.

V. La Secretaría de Salud Jalisco decidió rescindir el contrato de suministro de oxígeno en el Hospital Regional de Puerto Vallarta con la empresa Infra, SA de CV, y lo contrató con otra.

VI. La Secretaría de Salud habló con los directivos de la empresa Infra SA de CV, con la finalidad de tomar decisiones que se tradujeran en el pronto apoyo a los familiares de las personas que fallecieron por este lamentable accidente, así como el inicio de acciones para restablecer la imagen de servicio del hospital ante la sociedad vallartense, consistentes en:

VII. Aceptar públicamente su corresponsabilidad civil por el accidente que provocó cinco muertes en el Hospital Regional de Puerto Vallarta. Infra, SA de CV, aceptó pagar la indemnización a los deudos por una cantidad superior a la que marca la ley para este fin, así como responsabilizarse del pago total de ésta, con la finalidad de no afectar el erario.

Dijo el funcionario que la reparación del daño, calculada por el juez penal para los efectos de la fianza, es de aproximadamente \$73,000 (setenta y tres mil pesos 00/100 MN) por cada uno de los cinco finados, en tanto que Infra se ha comprometido por un monto estimado de \$300,000 (trescientos mil pesos 00/100 MN).

* Organismo Público Descentralizado

Además, Infra SA de CV, ofreció un donativo a la Secretaría de Salud con la finalidad de llevar a cabo la rehabilitación del área de urgencias del Hospital Regional de Puerto Vallarta, para dotarla de mejores áreas de atención para la sociedad vallartense.

VIII. La empresa ofreció participar con la Secretaría de Salud Jalisco en la supervisión de todos los hospitales del estado, con la finalidad de fortalecer las medidas de seguridad y capacitación para evitar accidentes como el mencionado.

IX. La empresa Infra ofreció colaborar con la Secretaría de Salud en un curso de capacitación a todas las unidades hospitalarias que lo soliciten, sobre manejo de gases medicinales.

X. La Secretaría de Salud y la empresa Infra SA de CV, ofrecieron todo su apoyo a la Secretaría de Salud federal para establecer la Norma Oficial Mexicana que regule el uso de los gases medicinales.

XI. El Secretario de Salud solicitó al delegado de la Contraloría del estado en la dependencia su intervención para que investigue las posibles responsabilidades administrativas de acción u omisión del personal que labora en la dependencia.

XII. Finalmente, afirmó que la Secretaría a su cargo solicitará la participación de la Dirección General de Insumos para la Salud de la Secretaría de Salud federal, con la finalidad de que lleve a cabo una revisión cuidadosa de las empresas de gases medicinales, con la finalidad de determinar el cumplimiento de la normativa y las medidas de seguridad.

34. En algunos medios de comunicación (entre ellos Público, 23/III/2000; La Jornada, 4/IV/2000), se publicaron las recomendaciones que la Conamed hizo a las autoridades de la SSJ en relación al caso y que se resumen en: establecimiento de procedimientos claros y específicos para la utilización de gases en unidades médicas; supervisión preventiva permanente por parte de las autoridades médicas; responsabilizar a los diferentes niveles de autoridad para proporcionar capacitación del personal operativo, así como manuales útiles de trabajo que garanticen la seguridad en el manejo de gases, y establecimiento de criterios de distinción obligatorios de los recipientes que los contienen, de acuerdo con lineamientos internacionales.

35. El 27 de marzo de 2000, según nota del diario local Mural, el director general de Regiones Sanitarias y Hospitales, Alfonso Petersen Farah, declaró que la SSJ logró que la empresa Infra asumiera como compromiso realizar una revisión a todos los hospitales, públicos o privados y apoyar la rehabilitación del área de urgencias del Hospital Regional.

36. Por su parte, el 30 de marzo de 2000, el titular de la SSJ emitió declaraciones y suscribió un comunicado que apareció en los medios impresos (p.e. Público, sección local, pp. 10 y 35) respecto de las gestiones que realizó con la empresa Infra a fin de obtener una reparación del daño para cada una de las familias afectadas por una cantidad "muy por encima de lo que marca la ley" y que consistió en 300 mil pesos para cada una de ellas. Concluyó su información con la manifestación de que "tanto la Conamed como el Instituto Jalisciense de Ciencias Forenses han dictaminado que no existió negligencia médica" en las causas de los cinco fallecimientos.

Asentó que la Secretaría a su cargo solicitó a todas las unidades médico-hospitalarias que extremen las medidas de seguridad en las diferentes áreas, para evitar este tipo de accidentes. Aseguró además que la SSJ abrió sus puertas a las investigaciones porque tiene plena disposición de apegarse a los dictámenes que las diferentes autoridades como la PGJE, el IJCF, la Conamed y la CEDHJ emitan al respecto.

b) Evidencias

a) Oficio 058/2000 que suscribe el doctor Héctor Rodríguez Frías, subdirector del Hospital Regional mediante el cual remitió información sobre la lista o rol de guardias del personal de enfermería y médicos del turno de jornada acumulada que trabajaron el domingo 12 de este mes y año; copia simple de la factura 061952, del 10 de marzo, expedida por la empresa Infra, y copia simple del organigrama y del plano del Hospital Regional. En el mismo informe, el subdirector niega al personal de la CEDHJ el apoyo que le solicitaron para requerir información al personal de enfermería que se encontraba de guardia el 12 de ese mes, porque: "El lamentable evento que hoy nos ocupa probablemente se trataría de asunto jurisdiccional" (sic).

b) Oficio 455/2000, del 16 de marzo de 2000, que suscribe el licenciado Flavio González López, agente del Ministerio Público coordinador de detenidos y asuntos especiales, de la Procuraduría General de Justicia del Estado de Jalisco, a través del cual remite copias certificadas del acta ministerial 192/00, suscrita por el licenciado Manuel Ismael Rodríguez Avelar, agente del Ministerio Público adscrito al puesto de socorros de la Cruz Roja Mexicana de Puerto Vallarta, Jalisco, que se inició con motivo del fallecimiento ocurrido en el Hospital Regional de esa ciudad, de las personas

Apolinar Bravo Zavalza, Aideé Carrillo Rubio, Esther Valencia Campos, Norberto Damián Muñiz Ureña y Rosario Esmeralda Cortés Hernández.

c) Copia del oficio 805/2000, del 12 de marzo de 2000, que suscribe el doctor Rubén Contreras Paniagua, perito del Instituto Jalisciense de Ciencias Forenses de la Unidad Regional Costa Norte de Puerto Vallarta, a través del cual informa al agente del Ministerio Público adscrito a la Dirección General de Averiguaciones Previas que de la Cruz Roja Mexicana les fue remitido el cadáver de Apolinar Bravo Zavalza, el cual se procedió a examinar. Copias de otros oficios enviados el mismo mes y año por Rubén Contreras Paniagua son los siguientes:

806/2000, del 12 de marzo, a través del cual señala que se practicó la autopsia 32/2000 al cadáver de Apolinar Bravo Zavalza, la que reveló que la causa de su muerte se debió a intoxicación por un gas.

808/2000, del 12 de marzo. Informa al agente del Ministerio Público adscrito a la Dirección General de Averiguaciones Previas que de la Cruz Roja Mexicana les fue remitido el cadáver de Aideé Carrillo Rubio, y refiere que la causa de la muerte no se puede determinar hasta la práctica de la autopsia.

809/2000, del 12 de marzo, a través del cual señala que se practicó la autopsia 33/2000 al cadáver de Aideé Carrillo Rubio, muerte que al parecer se debió a anoxemia por sustitución del aire por un gas.

802/2000, del 12 de marzo. Informa que la Cruz Roja Mexicana les envió el cadáver de Esther Valencia Campos y refiere que la causa de la muerte no se puede determinar hasta la práctica de la autopsia.

803/2000, del 12 de marzo. Señala que se procedió a realizar la autopsia 31/2000 al cadáver de Esther Valencia Campos. Se advierte que la causa de su muerte se debió a intoxicación por un gas.

816/2000, del 12 de marzo. Informa que la Cruz Roja Mexicana les remitió el cadáver de Rosario Esmeralda Cortés González y refiere que la causa de su muerte no se puede determinar hasta la práctica de la autopsia.

817/2000, del 12 de marzo. Señala que se practicó la autopsia 34/2000 al cadáver de Rosario Esmeralda Cortés González y de ésta resulta que la causa de su muerte se debió a anoxemia por sustitución del aire por un gas.

799/2000, del 12 de marzo. Informa que la Cruz Roja Mexicana les remitió el cadáver de Norberto Damián Muñiz Ureña y refiere que la causa de su muerte no se puede determinar hasta la práctica de la autopsia.

809/2000, del 12 de marzo. Dice que se practicó la autopsia 30/2000 al cadáver de Norberto Damián Muñiz Ureña, de la cual se advierte que murió por anoxemia debido a sustitución del aire por un gas.

d) Oficio 9551/00/DDP del 22 de marzo de 2000 suscrito por el licenciado Manuel Ramírez García en su calidad de coordinador general interinstitucional de dictaminación del Instituto Jalisciense de Ciencias Forenses, por medio del cual remite a la Cuarta Visitaduría copias fotostáticas de los dictámenes elaborados por peritos adscritos al instituto, relativos a los hechos suscitados el 12 de marzo de 2000, en los que perdieron la vida cinco personas en el Hospital Regional de Puerto Vallarta.

e) Pericial médica integrada en los oficios del 7960 al 7965/00/560 del 18 de marzo de 2000, emitidos por los peritos médicos forenses del Instituto Jalisciense de Ciencias Forenses Miguel Saldaña Torres y Carlos Córdova Mendoza.

f) Dictamen de causa de siniestro emitida mediante oficio 5427/2000/230/650.1/Puerto Vallarta, del Instituto Jalisciense de Ciencias Forenses y suscrito por los peritos en siniestros ingenieros Gustavo Quezada Esparza y Ezequiel Méndez Calvillo, el 16 de marzo de 2000.

g) Copias simples de los expedientes clínicos de Aideé Carrillo Rubio, Esther Valencia Campos, Rosario Esmeralda Cortés González y Apolinar Bravo Zavalza.

h) Copias simples del certificado de defunción de Norberto Damián Muñoz Ureña, suscrito por Alfredo Plácito Bravo, médico del Hospital Regional, en el que se advierte que murió por neumonía, insuficiencia cardiaca y choque séptico.

i) Copias simples del certificado de defunción de Apolinar Bravo Zavalza, emitido por el médico del Hospital Regional Antonio Matilla Torres. Define que el paciente murió por neumonía e insuficiencia renal crónica.

j) Copias simples del certificado de defunción de Esther Valencia Campos, suscrito por el médico del Hospital Regional Antonio Matilla Torres. Asienta como causa de defunción "hemoneumotórax y fractura ...(ilegible)".

k) Copias simples del certificado de defunción de Aideé Carrillo Rubio, suscrito por el médico adscrito al Hospital Regional José Manuel Segura Zavala en el que manifiesta que la enfermedad o estadio patológico que produjo la muerte directamente de la paciente fue shock anafiláctico.

l) Copias simples del certificado de defunción de Rosario Esmeralda Cortés González, suscrito por el doctor Alfredo Plácito Bravo, del Hospital Regional, quien asienta que la muerte de la bebé ocurrió por bronconeumonía y cardiopatía congénita cianógena.

m) Copias certificadas de las constancias que integran averiguación previa 192/2000, de la agencia del Ministerio Público adscrita a la Cruz Roja Mexicana de Puerto Vallarta, extendidas el 16 de marzo de 2000 por el secretario de la agencia del Ministerio Público adscrito a la delegación regional Zona Costa de la Procuraduría General de Justicia del Estado, Alberto López Amaral.

n) Oficios 057, 058, 059, 060, 061, 062, 075, todos de 2000, suscritos por los servidores públicos de la SSJ adscritos al Hospital Regional de Puerto Vallarta, que contienen informes de los médicos Eduardo Ricardo Carranza Pérez, Héctor Rodríguez Frías, Antonio Francisco Matilla Torres, Alfredo Plácito Bravo, José Manuel Segura Zavala y del licenciado Víctor Olmedo Abarca.

o) El subdirector del Hospital Regional, Héctor Rodríguez Frías, remitió vía fax a esta Comisión los siguientes documentos:

i) Profesiograma, en una hoja, donde se desglosa el perfil del puesto de "auxiliar de servicios de mantenimiento", cuyas funciones son: realizar trabajos elementales de reparación y mantenimiento, operar, analizar, transportar, conectar, manejar, controlar, distribuir, limpiar, medir, fumigar, cuidar, guardar, montar, desmontar, maniobrar, trasladar, instalaciones y sistemas. Como requisitos académicos, tener secundaria completa.

ii) El Manual de Organización de la Secretaría de Salud, en tres fojas, mediante el cual se define el rubro "Ingeniería y mantenimiento", con los siguientes objetivos: "que las acciones de este

departamento se realicen a nivel preventivo, correctivo y aun predictivo, para asegurar que tanto el inmueble como sus instalaciones y equipo funcionen de manera, confiable, eficaz y continua".

iii) El Manual de actividades de quirófano, en dos hojas, en el que se describen los procedimientos de rutina general que deben considerarse para el mantenimiento y limpieza de tomas y accesorios de oxígeno de aire comprimido y de oxígeno en quirófano. Se observan indicaciones simples y trascendentes como: "Salir del departamento con la herramienta necesaria además de traje de cirugía estéril [...]; diríjase al lugar; pruebe el equipo abriendo la válvula de la tromba; verifique su funcionamiento; arme frasco y colóquelo en la tromba; retírese del lugar", etcétera.

iv) Páginas 192 a la 205 de las Condiciones Generales de Trabajo 1998-2001 de la Secretaría de Salud, que en su artículo 5º disponen que la Secretaría se obliga a entregar a la Comisión Nacional Mixta de Capacitación un Programa General de Capacitación que considere la totalidad de los puestos tanto en los catálogos de puestos, como del sector.

v) Manual Técnico de Conservación para Unidades Médicas de Segundo y Tercer Nivel, emitido por la Secretaría de Salud a través de su Oficialía Mayor.

En el artículo 16, se lee que los trabajadores tendrán derecho a: "A) recibir la capacitación que les permita elevar su productividad y aptitud en el trabajo, conforme a los planes y programas que elabore y coordine el centro."

p) Oficios 076/2000 y 077/2000 del 27 de marzo de 2000, suscritos por el médico Héctor Rodríguez Frías, subdirector del Hospital Regional de Puerto Vallarta, y por el licenciado Víctor Olmedo Abarca, administrador del nosocomio, mediante los cuales ofrecen pruebas documentales consistentes en la averiguación previa 192/2000 y el expediente 102/2000 seguido ante el Juez Primero de lo Penal en Puerto Vallarta, así como todos los documentos que refirieron en sus declaraciones, y testimonial en relación con los dichos de los servidores públicos adscritos a esa institución, ventilados en la investigación de este organismo.

q) Copias certificadas de las constancias que integran la averiguación previa 1110/2000 seguida por el agente del Ministerio Público Coordinador y de Asuntos Especiales, Flavio González López, certificadas por el secretario de la agencia de la delegación regional de la Zona Costa, de la Procuraduría General de Justicia del Estado.

r) Notas periodísticas respecto del caso, publicadas en los diarios El Informador, Público, El Occidental, Mural, El Universal, Crónica y Tribuna de la Bahía, este último, edición de Puerto Vallarta, Jalisco.

s) Oficio DGCR/240/0912/00, del 23 de marzo de 2000, suscrito por el médico Alfonso Cabrera Mir, director general de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, mediante el cual remite copia simple de su dictamen preliminar del caso.

t) Fotografías en color de los tanques y válvulas que figuran en su parte superior, conocidos como dewar, y que se encontraban el 14 de marzo en la zona llamada Manifold, en el Hospital Regional de Puerto Vallarta, tomadas por el personal de la CEDHJ.

w) Oficio SSJ-40/00, del 29 de marzo, suscrito por el titular de la Secretaría de Salud Jalisco, doctor Cristóbal Ruiz Gaytán López, mediante el cual remitió un informe a esta Comisión en relación con los hechos materia de la queja.

II. CONSIDERANDO

a. Análisis de pruebas y observaciones

Según los resultados de las investigaciones, el día 10 de marzo de este año la empresa distribuidora Infra, SA de CV entregó, como hacía desde hacía siete meses, tanques tipo dewar de gas medicinal al Hospital Regional con sede en Puerto Vallarta, Jalisco. Un empleado de mantenimiento de dicho nosocomio los recibió, también como siempre; se trataba de tanques o recipientes metálicos de 130 metros cúbicos de capacidad; sin embargo, por una falta de cuidado, uno contenía bióxido de carbono; la factura se levantó como si ambos contuvieran oxígeno.

Ni el empleado de la empresa ni el del hospital se percataron del equívoco; el gas tóxico fue instalado presumiblemente la noche del 11 de marzo de 2000 y conectado a las redes de distribución del hospital como si fuera oxígeno, y corrió por las tuberías normalmente; el día 12 de ese mes, cinco pacientes murieron a consecuencia de haberles suministrado bióxido de carbono.

El empleado del hospital que conectó el tanque de bióxido, utilizó un niple, como lo hacía por costumbre para adaptar la válvula de los tanques a las conexiones de la red, vía manguera metálica.

Se observó en los dictámenes que elaboraron los peritos del IJCF, y según las fotografías (ver inciso t del capítulo de evidencias) y observaciones del personal de esta Comisión, que las válvulas de los tanques dewar son uniformes en su forma exterior, es decir, son de la misma medida; pero su capuchón podría ser de cualquier color (ver puntos 31 y 34, inciso e, de antecedentes y hechos); también de los peritajes y de las declaraciones de los empleados de mantenimiento (ver punto 25 de antecedentes y hechos) se desprende que en el hospital conectaban al tanque una manguera de metal para acceder a la red de conducción de oxígeno; el empleado no pudo haber advertido ninguna diferencia, ya que era habitual que utilizara niples para acondicionar la entrada de la válvula a la red.

Una empresa dedicada a la distribución tanto de oxígeno como de bióxido de carbono debe actuar con profesionalismo y contar con sistemas de control y personal especializado en ello, además de conocer y verificar que sus operarios estén capacitados para garantizar el manejo seguro del producto. En este caso, Infra no observó ningún tipo de norma o procedimiento reglamentario de uso y manejo de gases tóxicos o medicinales, como la NMX-S-011-1970, emitida por la Secretaría de Comercio y Fomento Industrial, que hace referencia a los colores con que se deben pintar las ojivas de los tanques para la identificación de los gases que contengan; por ejemplo, el verde para el oxígeno y el gris para el bióxido de carbono.

Los encargados de esa empresa, obviamente, sabían que distribuyen oxígeno medicinal junto con otros gases que como el caso de bióxido de carbono, son tóxicos, y no pueden alegar ignorancia de que los gases medicinales se suministran directamente al cuerpo de las personas y que por ello su utilización tiene efectos en la salud de éstas. El hecho es que la empresa Infra surte tanques de gas medicinal y de bióxido de carbono, los cuales transporta por medio de quienes reparten los diferentes gases, contenidos ambos en recipientes tipo dewar, y lo venía haciendo sin ningún distintivo de color; tampoco establecía controles de entrega. Todo ello es revelador de que no se tenía ningún cuidado en el manejo de sustancias que servían para diversos fines. Este contexto fue propicio para que se produjera el accidente que se examina.

De acuerdo con el artículo 162 de la Ley General de Salud, se entiende por accidente el hecho súbito que ocasione daños a la salud, y que se produzca por la concurrencia de condiciones potencialmente previsibles. El artículo 63 de la misma Ley, por su parte, dice que la acción en materia de prevención y control de accidentes comprende, entre otras, la adopción de medidas para prevenir accidentes. Debe advertirse, por cuanto a la empresa Infra, que su participación en procesos que tienen que ver con la atención de la salud la obliga a desarrollar y a observar controles básicos que le permitan un manejo razonable de los productos que vende bajo criterios de seguridad, que incluyan, al menos, el uso de colores distintivos, en particular si los recipientes

que contienen sustancias diferentes son iguales, y más aún, si algunos de ellos son de uso medicinal y otros tóxicos cuando no se usan bajo cuidadosa supervisión médica. La empresa no puede ignorar que el bióxido de carbono, si no se usa con estricto cuidado médico, es una sustancia que, de acuerdo con el artículo 1278, fracción IV, de la Ley General de Salud, es tóxica, pues por cualquier vía de ingreso, ya sea inhalación, ingestión o contacto con la piel o la mucosa puede causar efectos adversos al organismo, de manera inmediata o mediata, temporal o permanente, como lesiones funcionales, alteraciones genéticas, teratológicas, mutagénicas, carcinogénicas o la muerte, y que, en este caso, lo que provocó por la vía de ingreso en que se produjo, fue la muerte.

Corresponde a la Procuraduría General de Justicia del Estado de Jalisco, la investigación que deslinde las responsabilidades de los miembros de la empresa Infra, incluyendo la del empleado repartidor que no observó el deber de cuidado consistente en cerciorarse de que las sustancias que entregaba de acuerdo con las etiquetas y con la orden de pedido fueran oxígeno medicinal, y la de quienes fueron omisos en supervisarlos y establecer los controles de seguridad necesarios.

Corroboró el análisis precedente la conclusión del dictamen pericial de siniestros elaborado por peritos del Instituto Jalisciense de Ciencias Forenses, (ver número 30 y 31 de antecedentes y hechos) según el cual se encontró que tanto el tanque de bióxido de carbono como el de oxígeno tenían exactamente las mismas conexiones, y según la narración de los peritos del IJCF, las capuchas y colores de las etiquetas de los tanques no tenían un color uniforme; se hizo constar en sus dictámenes por los mismos peritos que ellos pudieron conectar la manguera metálica (de acceso a la red del hospital) tanto al tanque de oxígeno como al de bióxido de carbono. Estas irregularidades contribuyeron a que el empleado de mantenimiento o intendencia del hospital no reparara en la diferencia; no obstante, no tuvo el cuidado de leer la etiqueta adherida al tanque que indicaba claramente el tipo de gas que contenía. En el dictamen se concluye que: "no se lleva, por parte de personal de mantenimiento del hospital, control de bitácoras en cuestión de cambio y mantenimiento de tanques e instalación de oxígeno" (ver incisos d y f de evidencias y punto 31 de antecedentes y hechos).

El titular del IJCF, Macedonio Tamez Guajardo, manifestó en rueda de prensa a los medios de comunicación (El Occidental, sección local, p. 3 A, 20 de marzo de 2000) que de tres medidas de seguridad que deberían observarse, en lo que se refiere a la empresa distribuidora del gas, únicamente se cubrió una: que el tanque mostrara de manera visible el nombre del gas, pero se incumplió en la utilización de colores reglamentarios y en la instalación de diferentes tipos de válvulas.

El mismo funcionario declaró en esa ocasión que "se encontró que diversos tanques incumplían las normas técnicas que deben regir el manejo de sustancias tan peligrosas; por ejemplo, no se usan los colores reglamentarios; en el tanque conectado al bióxido de carbono se encontró un capuchón azul que corresponde a óxido nitroso".

Lo anterior tiene relación con las disposiciones de la NMX-K-361-1972, expedida por la SECOFI y publicada en el Diario Oficial de la Federación el 6 de diciembre de 1972. Pero aun si no existiera tal norma o fuera de observancia voluntaria, es concluyente que el solo sentido común adecuado a una empresa que distribuye gases medicinales y tóxicos a la vez exige la observancia de reglas de seguridad que permitan un manejo y distribución confiable de dichas sustancias.

No obstante que el doctor Antonio Olvera Oliveros, coordinador de Hospitales Regionales de la SSJ, declaró a diferentes diarios (ver punto número 32 de antecedentes y hechos) que sí existían programas de supervisión calendarizados y un equipo de supervisión integral especializado en auditoría médica y administrativa "sobre situaciones que se van presentando", y que la última revisión que se hizo al Hospital Regional de Puerto Vallarta fue en noviembre del año pasado, este accidente evidenció que al descontrol y falta de cuidado que se advierte por parte de la compañía contratada por la Secretaría de Salud Jalisco para dotar de oxígeno medicinal al Hospital Regional,

se sumó el incumplimiento de un deber de cuidado de los empleados de mantenimiento encargados de la recepción de los pedidos de los tanques y su conexión a la red interior de oxígeno. Cabe aquí también analizar la omisión de las obligaciones de vigilancia de los funcionarios del Hospital Regional y de la misma Secretaría, que sabían de las irregularidades de la empresa y no las corrigieron a tiempo. El artículo 18 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica señala que en los establecimientos en los que se presten servicios de atención médica deberán contar con un responsable, que según el caso, haga constar los conocimientos respectivos en el área de que se trate, y que a éste corresponde:

I. Establecer y vigilar el desarrollo de procedimientos para asegurar la oportuna y eficiente prestación de los servicios.

II. Vigilar que dentro de los mismos se apliquen las medidas de seguridad e higiene para la protección de la salud y del personal.

En el Manual de Organización que elaboró la Secretaría de Salud Jalisco, desde 1994, se asienta que los servidores públicos que desempeñan puestos de dirección tienen como funciones: conducir y controlar el funcionamiento del hospital, mediante métodos y la planeación de programas generales y específicos; vigilar la calidad de atención médica que se otorga; supervisar y evaluar permanentemente el desarrollo de las actividades hospitalarias; disponer lo necesario para el fomento, capacitación, desarrollo y actualización del personal médico y administrativo, todo con el objetivo de obtener niveles óptimos de productividad dentro de las unidades hospitalarias.

Se advirtió que las actividades de los empleados de mantenimiento encargados de conectar el oxígeno medicinal, no se ajustaba al Manual Técnico de Conservación para Unidades Médicas de Segundo y Tercer Nivel (ver inciso c del punto 28 de antecedentes y hechos, e inciso o, subinciso v, del capítulo de evidencias) de la Secretaría de Salud Federal donde se dispone claramente que debe ser un técnico especialista o un oficial calificado, bajo la supervisión de una autoridad médica, quien realice las revisiones y mantenimiento de las redes de distribución de gases medicinales, y determina como tales al oxígeno y al óxido nitroso; lo que significa que ambas sustancias son utilizadas en este tipo de unidades médicas y que el grado de instrucción y capacitación necesarias para este puesto no es precisamente el que se adquiere por la mera permanencia en el puesto y los conocimientos empíricos que proporciona el ejercicio cotidiano del oficio, como lo hacían, según sus declaraciones, los empleados de mantenimiento del Hospital Regional.

La investigación que se realizó (de manera expedita por la gravedad del caso), reveló ciertas incongruencias en las declaraciones, ante personal de esta Comisión, del director de Hospitales Regionales, Antonio Olvera Oliveros, del subdirector del hospital regional Héctor Rodríguez Frías y el subdirector médico encargado de los sábados, domingos y días festivos del hospital, Carlos Enrique de Jesús Córdova Segovia, con respecto a las normas vigentes o manuales de control de seguridad específicos que deben aplicarse en la operación de un hospital de servicio público de segundo nivel.

El doctor Antonio Olvera Oliveros, director de Hospitales Regionales, afirmó que en agosto de 1999, fecha en que comenzaron a utilizar los tanques denominados dewar, los empleados recibieron capacitación en el manejo de gases.

En el informe remitido de manera conjunta por el subdirector del Hospital Regional, Héctor Rodríguez Frías, y el director administrativo, licenciado Víctor Olmedo Abarca, éstos manifestaron que de los once servidores públicos asignados al área de mantenimiento, cuatro habían cursado carrera técnica de mantenimiento y siete "tienen una capacitación operativa adquirida por el desempeño reiterado y la inducción al puesto", y todos los empleados fueron debidamente informados sobre el uso de dewars el día de su instalación, en agosto de 1999.

Afirmaron que en el manejo y recepción de gases medicinales se sigue el proceso pactado y desarrollado por la empresa Infra y que la conexión correlativa (de los tanques) se realizó conforme a "las precauciones universales aplicables". En términos generales, éstas consisten en hacer la conexión en el lugar específico para tal fin; señalar tanques vacíos y diferenciarlos de los llenos; cambiar los tanques conforme se observa la presión volumétrica marcada por los indicadores. De acuerdo con la "metodología usual", el día 10 de marzo fueron surtidos tanques proveídos por la empresa referida; se desconocía quién realizaba la conexión del tanque de bióxido de carbono y cómo, "por no ser hecho propio y por no haber constancia al respecto"; no existe norma genérica para el manejo de gases tóxicos; con relación al oxígeno, no se conocen normas oficiales mexicanas; las únicas visitas de verificación que recibe el hospital son las realizadas por el Departamento de Obras, Conservación y Mantenimiento "de la dependencia a la que se adscribe este hospital", y se orientan a la prevención y corrección o defectos de la infraestructura hospitalaria.

En las declaraciones ministeriales (ver puntos 19 y 24 de antecedentes y hechos) de Martín Guadalupe Meza Gómez, de José Manuel Beltrán Ponce y de Apolinar Núñez Peña, empleados de mantenimiento del Hospital Regional, se advierte una serie de incongruencias, con lo que contradicen ambos las declaraciones de los funcionarios médicos del hospital en relación con las medidas de seguridad, bitácoras y controles de que carece el hospital; el primero de ellos declaró que el movimiento de los tanques de gas por medio de bitácoras era una práctica que se suspendió a partir del mes de agosto de 1999; que los pedidos de gas los hacían por la vía telefónica; que cuando se empezaron a entregar tanques de los conocidos como dewars, un empleado de la empresa que los surtía les dijo cómo conectarlos y "qué hacer en caso dado de que se bajara la presión en el manómetro indicador y así mismo qué medidas tomar cuando se elevara"; que no les habían dado ninguna capacitación; que no había uniformidad en los colores distintivos de los tanques que la empresa les surtía. El segundo de los mencionados, sostuvo que en ocasiones los tanques no traían las etiquetas de explicación del contenido, y dijo: "a esto no le damos mucha importancia", porque sólo manejan oxígeno, pero reconoció que aproximadamente hace un año, el hospital sí utilizó óxido nitroso (bióxido de carbono) porque ocasionalmente los anestesiólogos lo solicitaban. Coincidió en que no ha recibido capacitación ni por parte de la empresa Infra ni de la Secretaría de Salud de la que depende el hospital.

Apolinar Núñez, por su parte, declaró que él recibió el pedido de gas el diez de marzo; sin embargo, no leyó las etiquetas porque siempre pedían oxígeno; sostuvo que los tanques conocidos como dewars no son entregados por la empresa Infra con uniformidad de colores distintivos al gas que contienen. Este empleado afirmó en su declaración ministerial que sí se llevaban bitácoras, aunque manifestó que ésta la llevan sus compañeros de otro turno y que dicho documento estaba en el escritorio de su jefe, Martín Meza, quien anteriormente lo había negado.

Estos argumentos se corroboran con la declaración de este último ante personal de la Comisión de la CEDHJ el 16 de marzo (ver puntos 20 y 22 de antecedentes y hechos) y con las de sus compañeros involucrados, quienes aseguraron que no recibieron capacitación para desempeñar su puesto, con excepción de la plática inicial de información para colocar los tanques tipo dewar que impartió un empleado de la empresa que fue contratada para distribuir el gas al hospital, siete meses antes de la tragedia. Esto también contradice las declaraciones públicas que realizó el director general de Regiones Sanitarias y Hospitales de la SSJ Alfonso Petersen Farah, (ver punto 32 de antecedentes y hechos).

Del informe conjunto del Subdirector Médico del hospital y del jefe de Administración, se advierte que de los once empleados del área de mantenimiento, siete tienen conocimientos adquiridos por la experiencia en el puesto y la cotidianidad de su trabajo, lo que no equivale a una capacitación técnica y profesional efectiva, como para dejarles la responsabilidad del manejo de instalaciones y sustancias que por su aplicación comprometen la vida de los pacientes del hospital. Tratándose de oxígeno medicinal éste se suministra a través del equipo médico; de ahí que la vigilancia del uso de esta sustancia no deba de recaer en el personal de mantenimiento, sino en el personal médico.

De acuerdo con el artículo 262 de la Ley General de Salud, se entienden por equipo médico, entre otros, los accesorios destinados a la atención médica, quirúrgica o a procedimientos de exploración, diagnóstico, tratamiento, etcétera. El oxígeno medicinal se suministra a través de las tuberías ex profeso y se contiene en los tanques específicos, todo lo cual incluye las válvulas y dispositivos de conexión propios de tales accesorios.

De este mandato legal se desprende que las autoridades hospitalarias deben llevar el control de las condiciones del equipo médico, que incluye funcionamiento del equipo, piezas originales, asepsia, mediante un sistema de monitoreo continuo que permita tanto al director como a los médicos verificar este equipo siempre que vaya a ser utilizado.

Como las tuberías y aparatos forman parte de los instrumentos y equipo médico de un hospital, deben ser revisados cuantas veces sea necesario garantizar su uso seguro.

En relación con la expresión "la metodología usual", que utiliza el subdirector médico del Hospital Regional al referirse al manejo de tanques, se infiere que el procedimiento cotidiano era el que aplicaba cada empleado conforme a su sentido común, ya que el significado semántico de la palabra "metodología" se relaciona con el conjunto de métodos de una ciencia, investigación, exposición, etcétera, lo cual no tiene nada que ver con un conocimiento adquirido habitualmente por costumbre. Esto permite sostener que los tanques dewar se instalaron mecánicamente, sin que el trabajador llenara un formulario previo, registrara su trabajo en una bitácora, o siguiera un procedimiento técnico que implicara revisar el tanque (el reloj que registra el llenado) y verificar su etiqueta; además de que algún médico corroborara la instalación del oxígeno a la red del hospital como es la responsabilidad de vigilancia de los funcionarios de dirección, según se asienta en el profesiograma de la Secretaría y se infiere de la legislación federal en materia de salud aplicable al ámbito estatal.

El mismo Subdirector del Hospital Regional agrega en su informe (punto 7, inciso f de antecedentes y hechos) que la empresa Infra había incumplido (aunque fuese de observancia voluntaria según la Ley Federal sobre Metrología y Normalización) con la norma NMX-K-361-1972, que se refiere a las especificaciones del marcado con colores distintivos de los envases o contenedores de gases, lo que significa que la dirección del hospital tenía pleno conocimiento y consentimiento de la anomalía y que ello implicaba descuido en el ámbito de la seguridad del manejo de dichos gases con el riesgo que esto conlleva.

A instancias o por promoción de salubridad estatal, la dependencia federal del sector salud, según el artículo 28 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, emitirá las normas técnicas a que se sujetará, en su caso, la actividad del personal no profesional autorizado por las dependencias competentes, relacionadas con la prestación de servicios de atención médica.

En sus informes a esta Comisión, los funcionarios médicos o servidores públicos requeridos manifestaron que la operación de todas las unidades hospitalarias del país se rigen por el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, que es una norma secundaria y general que dispone, en primera instancia, la competencia de su aplicación a la Secretaría de Salud federal y a los gobiernos de las entidades federativas, en los términos de la Ley General de Salud, cuyo artículo 92 determina las atribuciones de éstos en sus respectivos ámbitos de competencia, entre ellas que deberán impulsar y fomentar la formación, capacitación y actualización de los recursos humanos para los servicios de salud.

Se puede inferir, por las omisiones y explicaciones inconsistentes de los funcionarios de dirección y subdirección del Hospital Regional de Puerto Vallarta, que no existen programas de revisión y capacitación profesional de sus empleados, cuando menos del área de mantenimiento, operación e intendencia.

Se comprobó que en el área de manejo de tanques de oxígeno, intendencia o mantenimiento, no se aplican controles administrativos, como bitácoras, roles, informes, etcétera, o normas técnicas relacionadas con su ramo.

El mismo administrador, licenciado Víctor Olmedo Abarca, no contestó de manera personal el informe que se le requirió al preguntarle sobre aspectos propios de su área, sino que se adhirió al informe del subdirector Héctor Rodríguez Frías. Sin embargo, en la información no se proporcionaron datos sobre los controles, bitácoras, informes y reportes que se utilizan para la seguridad del área de tanques de oxígeno, o para el mantenimiento o la intendencia. En consecuencia, tampoco hubo respuesta acerca de quién o quiénes fueron los empleados que instalaron equivocadamente el tanque de bióxido de carbono, lo que se traduce en la falta de vigilancia en la instalación de oxígeno.

La pregunta sobre los requisitos para la admisión de personal encargado del área de tanques, quedó sin contestar. El acceso a esta área denominada Manifold, por su propia naturaleza, debería ser restringido.

Se evidenció que la actuación del administrador, licenciado Víctor Olmedo Abarca, no se ajustó a las disposiciones de la Ley para los Servidores Públicos del Estado de Jalisco y sus Municipios, artículo 55, fracciones I y XVI, ni al profesiograma que emitió la Dirección General de Recursos Humanos de la Secretaría de Salud Jalisco, en el código CF34825, donde se señala que las funciones que obligan al administrador o jefe de servicios administrativos del Hospital Regional son, entre otras, planear, organizar, dirigir y controlar los recursos para los programas, proyectos, políticas y normas, con la finalidad de optimar los recursos que conlleven a un adecuado desarrollo de la unidad hospitalaria; establecer los controles necesarios para la recepción, almacenaje y distribución de materiales y medicamentos, y supervisar las normas y procedimientos necesarios para la adecuada administración de los recursos humanos y materiales, en el área de su adscripción.

A la Secretaría de Salud federal, según el artículo 1218 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de Actividades, Establecimientos, Productos y Servicios, le compete emitir y publicar normas técnicas para prevenir riesgos a la salud, de establecimientos, transportes y sitios de disposición final que contendrán especificaciones, en materia de prevención y protección a la salud y los que derivarán en manuales de atención de contingencias, así como los demás aspectos, condiciones, requisitos y características necesarios para la vigilancia y control sanitario de tales establecimientos. Corresponde a la Secretaría de Salud Jalisco, en el ámbito de su competencia, vigilar que esas normas se cumplan. Esta disposición tiene relación con la del artículo 28 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, que determina que habrá normas técnicas a las que se sujetará en su caso la actividad del personal no profesional autorizado por las dependencias competentes, relacionadas con la prestación de servicios de atención médica, para lo cual se observarán en lo conducente, las disposiciones de este reglamento. La Ley General de Salud, sus reglamentos y normas oficiales, son aplicables en el ámbito local, y la vigilancia de su cumplimiento le corresponde a la Secretaría de Salud Jalisco. Esto se puede encontrar claramente delimitado en los artículos 3º, 13, 35 y relativos de la Ley:

Artículo 3º. En los términos de esta ley, es materia de salubridad general:

I. La organización, control y vigilancia de la prestación de servicios y de establecimientos de salud, a los que se refiere el artículo 34, fracciones I, III y IV de esta ley; (se refiere a los servicios de salud públicos o privados);

[...]

VII. La organización, coordinación y vigilancia del ejercicio de las actividades profesionales, técnicas y auxiliares para la salud;

Artículo 13. La competencia entre la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general quedará distribuida conforme a lo siguiente:

A. Corresponde al Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Salud:

I. I. Dictar las normas oficiales, [...];

II. II. En las materias enumeradas en las fracciones I, [...] del artículo 3º. de esa ley, organizar y operar los servicios respectivos y vigilar el funcionamiento por sí o en coordinación con dependencias y entidades del sector salud;

B) Corresponde a los gobiernos de las entidades federativas, en materia de salubridad general, como autoridades locales y dentro de sus respectivas jurisdicciones territoriales:

i. Organizar, operar, supervisar y evaluar la prestación de los servicios de salubridad general a que se refieren las fracciones II, IV, V, VI, VII, [...] del artículo 3º de esta ley,

ii. Vigilar en la esfera de su competencia, el cumplimiento de esta ley y demás disposiciones aplicables, y

iii. Las demás atribuciones específicas que se establezcan en esta ley y demás [sic] disposiciones generales aplicables.

Según las declaraciones de los funcionarios y servidores públicos de la Secretaría de Salud Jalisco interrogados, no existe ninguna reglamentación, manual o control que haya regido las actividades del Hospital Regional de Puerto Vallarta, Jalisco.

En el caso que nos ocupa es jurídicamente pertinente esclarecer el cumplimiento de las obligaciones que conforme al profesiograma de la Secretaría de Salud Jalisco, la Ley General de Salud y el Reglamento de la misma ley en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica les correspondían a los médicos Carlos Enrique de Jesús Córdova Segovia, subdirector de fines de semana; Héctor Rodríguez Frías, subdirector del Hospital Regional, y Eduardo Ricardo Carranza Pérez, director del mismo, al igual que de los funcionarios de la SSJ que, por motivo de sus cargos, podían conocer y conocieron las irregularidades en que operaba en este rubro el Hospital Regional y no las evitaron ni ejercieron su jerarquía para corregirlas. En el ejercicio de sus funciones, pudieron haber incurrido en actos contrarios a los principios constitucionales del servicio público y a las disposiciones pertinentes de la Ley para los Servidores Públicos del Estado de Jalisco y sus Municipios y la de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Jalisco, que determinan, en sus artículos 55 y 61, respectivamente, la eficiencia, el cuidado y el esmero apropiados al desempeño de sus cargos.

La falta a su deber de vigilancia deriva en violación de los derechos de los usuarios de los servicios de salud, de conformidad con el artículo 93 de la Ley Estatal de Salud, que dispone que los usuarios tienen derecho a obtener servicios con oportunidad y a recibir atención profesional y éticamente responsable.

Sin duda, hubo responsabilidad civil de la empresa distribuidora del gas medicinal que entregó por error el tanque de gas tóxico; sin embargo, de haber tenido el hospital los controles administrativos y técnicos mínimamente indispensables, esta tragedia no hubiera ocurrido o su saldo sería menos trágico. No se puede admitir que los titulares de la dirección, subdirección y dirección administrativa

del hospital, así como los funcionarios de niveles superiores de la Secretaría de Salud Jalisco, a quienes competía conocer y corregir tales anomalías, hayan soslayado esta situación, porque con ello obviaron procedimientos de seguridad y calidad a los que este tipo de instituciones debe estar sometido.

En el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, aprobado por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas el 16 de diciembre de 1966, aprobado por el Senado de la República el 18 de diciembre de 1980 y publicado en el Diario Oficial de la Federación el 12 de mayo de 1981, señala en su artículo 12.1, que los Estados partes reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, por lo que es un derecho fundamental del individuo el recibir servicios públicos de salud con calidad y oportunidad.

La deficiencia, atraso, suspensión o negativa de un servicio público de salud se considera una violación a los derechos de las personas por la inadecuada prestación ofrecida por dependencias del sector salud. La Ley General de Salud establece como una de sus finalidades, en su artículo 2º, que se persiga la protección y la prolongación de la vida humana, el mejoramiento de su calidad, así como la extensión de actitudes solidarias y responsables de la población, en la preservación y restauración de la salud.

El artículo 3º, inciso V, de esta misma ley establece la organización, coordinación y vigilancia del ejercicio de las actividades profesionales, técnicas y auxiliares para la salud, al que se ajustan perfectamente las funciones que desempeñaban los empleados de intendencia involucrados en el equívoco de la instalación de un tanque de gas tóxico.

Entre los documentos que obran en esta queja y que constituyen parte de los expedientes clínicos, figuran los certificados de defunción elaborados por los tres médicos que atendieron a los cinco pacientes fallecidos; las causas de las muertes en tales documentos no concuerdan con las asentadas en las necropsias realizadas por peritos del Instituto Jalisciense de Ciencias Forenses. Llama la atención el certificado de la adolescente que murió cuando le practicaban un legrado y en el que se asienta que la causa de su fallecimiento se debió a un shock anafiláctico; de las declaraciones del médico Segura Zavala, se infiere que en las maniobras de resucitación fue asistido, cuando menos, por cuatro colegas, y que dicho deceso les pareció sorpresivo e inexplicable, según lo declaró Segura Zavala al personal de la Comisión y en su propio informe que remitió a este organismo. Este mismo galeno sugirió a los familiares de la paciente, ante su incredulidad, el estudio de necropsia, para averiguar la causa del desenlace; sin embargo y ante la negativa de los familiares, aseguró el médico, procedió a elaborar el certificado de defunción con el diagnóstico antes mencionado (ver punto II de antecedentes y Hechos). El médico, quien según su propio certificado de defunción desconocía la causa del shock anafiláctico (ver capítulo de evidencias, inciso g) debió haber dado aviso a la autoridad hospitalaria de la necesidad de solicitar la práctica de la autopsia, pues al no conocer la causa que lo produjo surgía la necesidad de esclarecer el hecho. No se trataba de hacer una sugerencia personal a los familiares sino de presentar el caso a las autoridades del hospital para que se tomara la decisión pertinente tanto por las personas que en ese momento tenían a su cargo la institución hospitalaria, como mediante el procedimiento que al efecto establecen las leyes. En éste, como en los restantes cuatro casos, según se observa en los certificados de defunción, se definió como causa de la muerte la misma sintomatología que se les diagnosticó a su ingreso al hospital, lo cual, como después se estableció en las autopsias, no fue exacto. Esto no acata la disposición legal del artículo 91 que señala los requisitos legales para expedir certificados de defunción, que deben iniciar con la determinación de las causas del fallecimiento por el médico que haya asistido al fallecido o atendido la última enfermedad y, a falta de éste, por cualquier otro médico que haya conocido del caso y siempre que no se sospeche que el deceso se encuentre vinculado a la comisión de hechos ilícitos. Según el artículo 92, cuando se presuma que la muerte ocurrió por causa violenta o vinculada a la comisión de hechos ilícitos, se debe dar aviso al agente del Ministerio Público.

Las tres primeras muertes ocurrieron en un lapso de una hora aproximadamente. El caso de la segunda paciente fallecida no fue suficientemente valorado en su momento por ninguno de los cuatro médicos que tuvieron conocimiento de él; había indicios claros de que existía irregularidad en la causa de la muerte, pues así lo manifestó el propio médico que operó a la paciente. Los médicos, dentro del marco ético de su actividad, debieron reflexionar sobre lo que ocurría o investigar en ese mismo momento la causa de tan inesperada muerte.

Según la declaración de la enfermera María Guadalupe Macías Ramírez, no fue sino hasta que su colega Ángeles de la Cruz le cuestionó sobre la consecución extraña de cinco muertes en un solo día dentro del hospital, cuando se le ocurrió tomar las "puntas de oxígeno" localizadas a un lado de la incubadora y aspirar el gas que emanaba de ellas; entonces se dio cuenta de "un olor enchiloso y raro", sintió los ojos rojos y taquicardia, por lo que de manera inmediata dio aviso a su superiora y a los médicos, quienes acudieron a verificar la conexión del tanque en la sala de oxígeno del hospital; fue cuando se percataron del error o de la causa del accidente.

Como ya se analizó, el artículo 162 de la Ley General de Salud define lo que para efectos de la ley se entiende por accidente: "El hecho súbito que ocasione daños a la salud, y se produzca por la concurrencia de condiciones potencialmente prevenibles". (Subrayado nuestro.)

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

Los fallecimientos de cinco pacientes sucedieron en el lapso de seis horas; todos ellos se encontraron con una muerte accidental en un espacio institucional donde la actividad humana se dedica precisamente a lo contrario: a dar vida y salud. De haber existido la prevención adecuada, sus muertes nunca hubieran sucedido. La tragedia se generó a causa de la falta de sensibilidad ética y profesional, y del debido cuidado en las funciones de vigilancia de los directivos, quienes fueron omisos en su responsabilidad. Estos acontecimientos merecen una profunda reflexión respecto de la falta de previsión de accidentes o riesgos en las técnicas operativas del hospital.

Los operarios y el jefe mismo de mantenimiento, Martín Guadalupe Meza Gómez, incurrieron en la violación de un deber de cuidado y no desempeñaron su trabajo con apego al esmero y eficiencia de que habla la Ley de los Servidores Públicos del Estado de Jalisco y sus Municipios.

El artículo 61 de la Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Jalisco, no fue acatado por estos servidores del hospital, ya que en el ejercicio de su actividad no se condujeron con eficiencia, ni cumplieron con diligencia la tarea encomendada. En las diversas áreas o niveles de dirección y de operatividad mencionadas en esta resolución, hubo omisión en cuanto a las responsabilidades antes señaladas, lo que trajo como consecuencia que hechos previsibles se sumaran accidentalmente y provocaran la pérdida de vidas humanas.

Era deseable y profesionalmente exigible que ese día, 12 de marzo, el responsable médico del área, en este caso el subdirector de fines de semana, se hubiese enterado desde la primera muerte y, sobreviniendo la segunda, que fue del todo inesperada y salía ostensiblemente del marco de referencia de pacientes con enfermedades que comprometían la capacidad de

respiración, hubiera tomado medidas de alerta entre el cuerpo médico que actuaba ese día de fin de semana; esto cumpliría con el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestaciones de Servicio de Atención Médica, que establece en su artículo 18 la obligación de contar con un responsable en el centro de atención médica, obligado a vigilar el desarrollo de procedimientos para asegurar la oportuna y eficiente prestación de los servicios del establecimiento, además la obligación de integrar las comisiones y comités señalados por la Ley General de Salud, los reglamentos y las normas técnicas, con el único fin de prever y cuidar, con el personal a su disposición, las normas vigentes de seguridad y eficiencia.

Sin duda, los usuarios de los servicios hospitalarios públicos y de seguridad social se encuentran en una relación especial de sujeción. El estado del paciente que acude a dichos servicios, por una dolencia o enfermedad, lo coloca en una situación

de dependencia tal, que se abandona a las disposiciones de un médico y a las condiciones hospitalarias que lo alberguen; de ahí la importancia de contar con un servicio público de salud donde el paciente no corra riesgos de naturaleza previsible.

En las instituciones de salud pública, como en las privadas, debe existir un código de conducta ética profesional, tanto de la práctica médica como de la organización clínica; el control de la asistencia hospitalaria debe ir orientado no sólo a cumplir con las disposiciones generales de la Ley General de Salud y normas oficiales sanitarias, sino a garantizar que los derechos de los pacientes sean una garantía efectivamente cumplida por el Estado en la realidad, es decir, no sólo en la atención individual del paciente, que debe ser cálida.

Los derechos a los servicios de salud de calidad constituyen un componente esencial de la calidad de vida de la población y un elemento central de la modernización que México persigue.

El derecho a recibir la mejor atención médica y hospitalaria posible, implica exigir del hospital, máxime si es una institución pública, la necesaria dotación tecnológica y del personal de salud y administrativo del área; una excelente capacitación técnico-profesional capaz de mantener al día sus conocimientos y habilidades, y la suficiente autocrítica para solicitar ayuda o transferir el caso; esto no es nada más exigible en cuestiones clínico-médicas, sino en los empleados en cuyas manos está la eficiencia operativa y el perfecto funcionamiento de aparatos y maquinaria hospitalaria.

Estos derechos han sido difundidos en la Declaración de los Derechos del Paciente, aprobada por la Asamblea de Representantes de la Asociación Americana de Hospitales en febrero de 1973, y en la Declaración de Lisboa sobre Derechos del Paciente, adoptada en la 34ª Asamblea Médica Mundial en septiembre y octubre de 1981.

La Ley General de Salud y sus reglamentos prevén un comportamiento exigible de los servidores públicos encargados de cumplirlos, por lo que cabe esperar que el titular del área de administración, los subdirectores del Hospital Regional, el director de éste y otros funcionarios de niveles superiores de la SSJ que debieron conocer de las irregularidades y haber actuado en consecuencia, sean llamados a cuenta en términos de responsabilidad administrativa por su probable deber incumplido.

Es una exigencia además que se especifiquen los controles de seguridad en las distintas áreas de los hospitales; independientemente de que en este caso se apliquen medidas correctivas y sancionadoras al personal directivo del Hospital Regional, todos los servidores públicos que tengan a su cargo valores tan importantes como la salud y la vida misma de las personas, deben ser sujetos de orientación y capacitación.

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

De acuerdo con diversas evidencias que obran en el cuerpo de la presente recomendación, quedó demostrado que tanto la licenciada Victoria González Rodríguez, jefa del área jurídica de la SSJ, como el licenciado Flavio González López, agente del Ministerio Público encargado de la investigación del caso en Puerto Vallarta, obstruyeron la investigación de la Comisión mediante diversas acciones y omisiones referidas (ver capítulo de antecedentes y hechos puntos 17 y 24). Si bien la primera rectificó su actitud en un momento posterior, esta Comisión quiere dejar constancia de tan grave acto y exhorta a los servidores públicos para que auxilien y coadyuven en los procedimientos de investigación del organismo en apego puntual a lo dispuesto en su ley y reglamento, puesto que la investigación de posibles violaciones a derechos humanos es una responsabilidad en la que deben de cooperar todos los miembros de la sociedad desde la posición en la que se encuentren y, de acuerdo con los deberes de auxilio y cooperación que las leyes señalen cuando se trata de servidores públicos.

Con base en los razonamientos anteriores y con fundamento en el artículo 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 4º y 10 de la Constitución Política del Estado de Jalisco; 1º, 2º, 3º, 4º y 7º, fracciones I y X; 17, fracción III; 48, 72, 73 y 75 de la Ley de la Comisión Estatal de Derechos Humanos; 55 de su Reglamento Interior y 61, fracción I, 64 y 65 de la Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Jalisco, se emiten las siguientes:

III. PROPOSICIONES

Recomendaciones:

Al doctor Cristóbal Ruiz Gaytán López,

Secretario de Salud del Estado de Jalisco

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

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

Tercera: Que se establezca en el reglamento o manual de operatividad de los hospitales un control, basado en el sentido común, con respecto a las incidencias clínicas graves en las salas de urgencias, quirófanos y áreas que lo ameriten, de manera que el jefe de piso o superior médico

tenga la obligación de enterarse y guardar registro de ello, para hacer más seguro y eficiente el servicio de salud pública.

Cuarta: Que se inicie y concluya el procedimiento administrativo dispuesto en la Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Jalisco, de acuerdo con la responsabilidad que les resulte en términos de las obligaciones y deberes que les imponen la Ley General de Salud y los Reglamentos que de ella emanan, a los servidores públicos en funciones de dirección, subdirección, y titulares de departamento del Hospital Regional de Puerto Vallarta, así como de otros servidores públicos de la SSJ que por su cargo debían haber previsto y corregido las irregularidades con las que había venido funcionando el servicio de ministro de gas medicinal al Hospital Regional de Puerto Vallarta, Jalisco.

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

Para la imprescindible instauración de criterios de seguridad, control y verificación de las sustancias, de cuya correcta utilización dependa la vida de los pacientes, esta Comisión apoya las recomendaciones técnicas emitidas por la Conamed, y se une a las voces de la sociedad civil que se pronuncian porque el titular de la Secretaría de Salud Jalisco, de conformidad con sus atribuciones señaladas por la Ley General de Salud y en concordancia con la fracción I del artículo 13 de ésta, pida a la Secretaría de Salud federal, la elaboración de una norma oficial nacional de carácter obligatorio que garantice medidas de seguridad en el manejo, utilización, aplicación e identificación precisa de los gases medicinales u hospitalarios, de acuerdo con los lineamientos internacionales vigentes.

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

La máxima autoridad de la Secretaría de Salud, a quien va dirigida esta recomendación, tiene el compromiso moral y jurídico de realizar un análisis profundo de su contenido, así como de mostrar una amplia disposición a subsanar las irregularidades que estén debidamente acreditadas en esta resolución, máxime cuando de ello depende la salud de los jaliscienses y el respeto a las instituciones públicas encargadas de este delicado asunto.

Este organismo velará porque en los procedimientos administrativos que recomienda, sean respetados los derechos de audiencia de los servidores públicos señalados y cubiertas las formas del debido proceso. También espera recabar las constancias de que, lejos de ser procedimientos simulados, desemboquen en una resolución justa.

Estas recomendaciones tienen carácter de públicas, por lo que esta institución podrá darlas a conocer de inmediato a los medios de comunicación (artículos 76 y 79 de la ley que la rige y 91, párrafo I, de su Reglamento Interior).

Con fundamento en los artículos 72 y 77 de la Ley de la Comisión Estatal de Derechos Humanos y 104 de su Reglamento Interior, se informa a la autoridad a quien se dirigen estas recomendaciones que tiene diez días naturales, contados a partir de la fecha en que se le notifique, para que haga de nuestro conocimiento si las acepta o no; en caso afirmativo, acredite dentro de los quince días

siguientes su cumplimiento. En situaciones excepcionales y por motivos obvios, el plazo podrá extenderse, siempre y cuando existan signos evidentes del inicio del cumplimiento de las recomendaciones y de la intención efectiva de llevarlas a término. Esta Comisión puede hacer públicos tanto la negativa como el incumplimiento respectivo.

"2000, año de la cultura de paz. Hagámosla posible"

María Guadalupe Morfín Otero

Presidenta

ccp Ingeniero Alberto Cárdenas Jiménez, Gobernador Constitucional del Estado de Jalisco

ccp Licenciado Roberto Aguilera Hernández, Subprocurador A, encargado del despacho de la Procuraduría General de Justicia del Estado de Jalisco