

Recomendación 23/2009
Queja: 899/2006-IV
Guadalajara, Jalisco, 17 de septiembre de 2009
Asunto: violación de los derechos a la protección
de la salud y a la vida.

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

Síntesis

Aproximadamente a las dos horas del domingo 16 de abril de 2006, los señores [Quejosa] y [Quejoso] llevaron a su hijo [Agraviado], de siete años de edad, para que recibiera atención médica en el Hospital General de Occidente, en razón de que presentaba dolor fuerte en la garganta, además de que tosía y escupía mucho. Como no había médico de base en el hospital, el niño fue atendido por los residentes en la especialidad de pediatría que cubrían la guardia, quienes no le dieron importancia a la información que les proporcionó la madre de dicho menor de edad, en el sentido de que en donde vivían había muchos alacranes, y probablemente le había picado uno. Esto ocasionó que los residentes consideraran de manera equivocada como diagnóstico principal una intoxicación por agente químico (organofosforados), por lo que se le practicó un lavado de estómago y se le suministraron medicamentos no adecuados para la atención del padecimiento real que el niño presentaba.

No obstante que en el expediente clínico del paciente se tenía como un diagnóstico diferencial la picadura de alacrán, durante las primeras 16 o 17 horas se le aplicó atropina, cuyo uso es riesgoso cuando existe intoxicación por el veneno de alacrán, ya que potencia el efecto de las toxinas y produce íleo paralítico severo, lo que refleja una inadecuada praxis médica, por impericia, según lo dictaminaron peritos del Instituto Jalisciense de Ciencias Forenses.

No fue sino hasta las 19:30 horas del 16 de abril, cuando un médico ordenó que

* La presente Recomendación se refiere a hechos ocurridos en el periodo del anterior secretario de Salud de Jalisco.

le suministraran suero antialacrán; sin embargo, ya había evolucionado el cuadro clínico de ese padecimiento y falleció a las 7:10 horas del 17 de abril de 2006, y la autopsia reveló que su muerte se debió a choque anafiláctico secundario a picadura de alacrán.

La Comisión Estatal de Derechos Humanos de Jalisco (CEDHJ), con fundamento en los artículos 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 4º y 10 de la Constitución Política del Estado de Jalisco; 4º; 7º, fracciones I y XXV; 28, fracción III; 72, 73, 75, 79 y demás relativos de la Ley de la CEDHJ y 119, 120, 121 y 122 del Reglamento Interior de este organismo, examinó la queja 899/06-IV, iniciada a favor del menor de edad [agraviado], por la posible violación de su derecho a la protección de la salud, atribuida a personal médico del Hospital General de Occidente, dependiente de la Secretaría de Salud Jalisco.

I. ANTECEDENTES Y HECHOS

1. El 19 de abril de 2006 comparecieron a esta Comisión [quejosa] y [quejoso], quienes presentaron queja a su favor y del niño [agraviado] (finado), hijo de la primera de ellos, en contra de los doctores Omar Enríquez Cisneros, Lorenzo Gutiérrez Cobián y Juan Arturo Ocampo Navarro, así como del personal que pudiera resultar responsable, todos del Hospital General de Occidente (HGO), por considerar que al referido niño no le proporcionaron la atención médica adecuada y que por ello falleció. La señora [quejosa] argumentó que aproximadamente a las 1:00 horas del domingo 16 de abril de 2006, su hijo [agraviado] refería tener un dolor fuerte de garganta, tosía y escupía mucha saliva, por lo que rápidamente lo llevaron al citado hospital, en donde lo recibió el doctor Omar, quien, una vez que lo revisó, dijo que el niño estaba intoxicado, por lo que le hicieron un lavado de estómago.

La quejosa afirmó que le comunicó al doctor Omar que donde ellos vivían había muchos alacranes, que probablemente a su hijo lo había picado uno, pero no le hizo mucho caso, y como a las 4:00 horas del mismo día dicho facultativo le pidió a su concubino [quejoso] que fuera a su casa a buscar el alacrán o algún líquido (insecticida) o pastillas que hubiera ingerido su hijo, pero no encontró

nada, por lo que sólo le entregaron al médico el jarabe que ella le había dado al niño cuando éste refirió que le dolía su garganta; para entonces el niño ya tenía vómito, calentura, diarrea y se le suministraba un suero.

La quejosa señaló que después de hacerle el lavado de estómago al niño, el doctor Omar dijo que no sabían qué tenía, pero que no presentaba los síntomas de una picadura de alacrán, por lo que esperarían a ver cómo reaccionaba con dicho lavado, y como a las 11:00 horas del mismo 16 de abril de 2006 ordenó hacerle unos exámenes, los cuales arrojaron como resultado que el niño no estaba intoxicado, pero continuaba en observación.

A las 13:00 horas de la misma fecha se realizó el cambio de turno de médicos y llegó el doctor Arturo Ocampo, a quien le dijo que su hijo estaba muy mal y le preguntó si ya le habían puesto suero para picadura de alacrán, a lo cual él le contestó: “Señora, tengo cinco casos que atender con bebés recién nacidos como el de su hijo, no puedo estar con su hijo todo el tiempo”, y no obstante que la salud del niño empeoraba, no fue hasta las 21:00 horas del mismo 16 de abril cuando el doctor Arturo Ocampo ordenó que le pusieran suero para picadura de alacrán.

La quejosa precisó que entre las 1:00 y 3:00 horas del lunes 17 de abril del mismo año, el niño abrió los ojos, se movía y recuperó el conocimiento; una enfermera le dijo que eso era una buena señal, por lo que la inconforme trató de localizar al doctor para avisarle, ya que él así se lo había indicado, pero no lo encontró, hasta que la enfermera tuvo que hablarle por teléfono para avisarle de lo que estaba pasando. Como a las 4:30 horas del lunes 17 de abril de 2006 se presentó el doctor Arturo Ocampo, quien le quitó al niño un tubo que tenía colocado en la boca, le puso una mascarilla de oxígeno y le dijo que estaba mejorando, pero después de diez minutos el niño perdió el conocimiento y se le amorataron la boca, la nariz y la barbilla.

La inconforme agregó que en seguida la sacaron a ella de la habitación, anestesiaron a su hijo y volvieron a entubarlo. Como a las 7:00 horas del 17 de abril de 2006, varios doctores lo revisaban y dijeron que el niño estaba muy mal, por lo que ella entró rápidamente a donde él se encontraba y se percató de que ya estaba muerto, pues una enfermera le estaba desconectando los aparatos y notó

que su cuerpo ya se estaba poniendo morado.

Señaló que posteriormente le hicieron la autopsia y le entregaron el cuerpo, pero le dijeron que no sabían de qué había fallecido, y que en quince días les llegarían los resultados de otros exámenes que se ordenaron para saber las causas de la muerte. Finalmente, la quejosa afirmó que la persona que embalsamó el cuerpo de su hijo le dijo que le encontró veneno en la garganta, que sí lo había picado un alacrán y que, de haberle puesto el suero a tiempo, el niño se habría salvado.

2. El 24 de abril de 2006 se admitió la queja y se solicitó al director del HGO que proporcionara copia certificada del expediente clínico integrado con motivo de la atención médica que se le hubiera brindado al menor [agraviado]. Además, se requirió a los tres médicos involucrados para que rindieran su informe de ley.

3. El 15 de mayo de 2006 se ordenó solicitar al doctor Mario Rivas Souza, director del Servicio Médico Forense (Semefo), copia certificada de la autopsia practicada al cadáver del menor de edad [agraviado].

4. Mediante acuerdo de 30 de mayo de 2006 se recibió el oficio DGJ145/2006, suscrito por el doctor Luis Guillermo Medina López, entonces director del HGO, al que anexó copia certificada del expediente clínico de [agraviado]. Asimismo, se recibió el informe que de manera conjunta presentaron Omar Enríquez Cisneros y Lorenzo Gutiérrez Cobián, médicos residentes de tercer y segundo año, respectivamente, adscritos al área de pediatría del referido hospital. También se recibió el informe signado por Juan Arturo Ocampo Navarro, médico residente de tercer grado de la especialidad de pediatría del citado nosocomio. En el mismo acuerdo se ordenó solicitar al director del hospital mencionado que proporcionara el nombre del médico de base que el 16 de abril de 2006 estaba adscrito al área de urgencias pediátricas, como responsable de ésta.

5. Los doctores Omar Enríquez Cisneros y Lorenzo Gutiérrez Cobián, en su informe, manifestaron:

Acude paciente masculino de 7 años a la 01:00 am aproximadamente del 16 de abril de 2006 al servicio de consulta externa de urgencias. Es traído por su madre quien refiere que después de estar dormido el paciente despierta con ansiedad, visión borrosa,

sialorrea y dificultad para respirar sin causa aparente. Se le interroga directamente al paciente, quien se encontraba consciente y orientado, aunque ansioso, si había consumido algún medicamento, sustancia tóxica o si había sido picado o mordido por algún animal o insecto, negándolo. Se interroga a la madre si ella sabía del consumo de algún medicamento o qué era lo que pudiera estar ocasionando el estado del paciente, negando saber el motivo. Se le pregunta si el paciente tiene acceso a medicamentos o sustancias tóxicas o exposición a animales ponzoñosos y refiere que en su casa hay alacranes, sin especificar si lo había picado alguno, y que cuenta con insecticidas, sin especificar de qué tipo, por tal motivo se pide al familiar que vaya a su casa para traer dichos insecticidas o buscar algún medicamento que el paciente pudiera haber ingerido. Cabe mencionar que se envía al familiar en cuanto el paciente ingresa a urgencias encamados y este regresa hasta 4 horas después. La madre fue interrogada en varias ocasiones sobre el paradero de su familiar.

A la exploración el paciente se encuentra con frecuencia cardiaca de 72 por minuto, frecuencia respiratoria de 50 por minuto, temperatura de 38.5 grados centígrados y una presión arterial de 120/64 milímetros de mercurio. Glasgow de 15, atáxico. Ansioso. Expide un olor característico. Pupilas mióticas, sin presencia de nistagmus. Lagrimeo. Oídos sin alteraciones. Orofaringe hiperémica con sialorrea. Cuello sin alteraciones. Campos pulmonares con buena entrada de aire sin estertores. Ruidos cardiacos rítmicos sin soplos. Abdomen globoso sin viceromegalias. Reflejos osteotendinosos normales. Extremidades con fasciculaciones. Al descubrirlo totalmente no se encuentra sitio de picadura o mordedura, ni señales de trauma.

Inicialmente se pasa al servicio de urgencias encamados donde se manejó ABC. Se aporta oxígeno en mascarilla con reservorio y se canaliza vía periférica. Se realiza descontaminación gástrica con carbón activado por sospecha de intoxicación por sustancias tóxicas. Se aplica una dosis de hidrocortisona pensando en una reacción alérgica inespecífica. Inicia con vómitos. Se considera dentro de los diagnósticos diferenciales la intoxicación por picadura de alacrán debido a los antecedentes sin embargo no presenta síntomas locales como dolor localizado, prurito o parestesias que son características de la picadura de alacrán, ni sitio de picadura a la exploración. Cabe mencionar que el paciente es interrogado en varias ocasiones si algo le había picado, si había dolor localizado, hormigueo o había ingerido algo y lo negó en repetidas ocasiones a pesar de estar orientado en tiempo espacio y persona. Se considera un diagnóstico infeccioso como la meningitis ya que sus laboratoriales presentan leucocitosis y el paciente llegó febril, sin embargo no hay historia previa de fiebre y no presenta datos clínicos que la justifiquen. Se sospecha entonces de un síndrome muscarínico por intoxicación por organofosforados en la que se presenta lagrimeo, miosis, fasciculaciones, sialorrea y bradicardia como las que presentaba el paciente considerando que estaba febril y que de sospecharse debe ser tratada agresivamente. Se reporta presencia de insecticidas en su hogar pero no se especifica de qué tipo, con este objeto se manda al familiar a conseguirlos tardando varias horas, además que las exposiciones a estos elementos pueden ser inadvertidas. Se hace una llamada al centro

de toxicología CRIAT comentándoles la posibilidad de un paciente con esta intoxicación y solicitando la realización de la prueba de colinesterasas en suero o eritrocitarias que sirve para descartar esta intoxicación, quienes inicialmente nos recomiendan que llamemos al siguiente día, que en ese momento no contaban con la prueba ni con el antídoto, pero al insistirle nos dijeron que llamáramos más tarde. Se decide iniciar tratamiento hasta descartar la intoxicación por organofosforados. Se inició tratamiento para un síndrome muscarínico por intoxicación por organofosforados. No se cuenta en el hospital con la prueba de colinesterasas para descartarlo ni con el antídoto pralidoxima. Se realiza descontaminación de piel con agua y jabón. Mientras se realiza, el personal de enfermería refiere cefalea y náuseas que asocia al olor característico del paciente. Se inicia el tratamiento con atropina a las 2:30 hrs. del día 16 de abril de 2006 a dosis de 0.5 mg cada 20-30 minutos y después de la segunda dosis se incrementa a 1 mg repitiéndolo con la misma frecuencia hasta conseguir atropinización y mantenerla. Disminuyen las secreciones.

Se mantiene con apoyo de oxígeno en mascarilla con reservorio, líquidos parenterales calculados a 1700 ml/m² de superficie corporal. Bajo monitorización electrocardiográfica y constante valoración médica. Se comenta con el subdirector médico del hospital y se habla nuevamente al CRIAT alrededor de las 4 am quienes nos sugieren enviar el examen de colinesterasas a un laboratorio particular, sin embargo al comunicarnos con los laboratorios, el personal de guardia desconocía si se realizaba esa prueba ya que no es una prueba común. El paciente se mantiene con saturaciones de oxígeno por oximetría de pulso de 85% y PO₂ arterial de 55mm/hg y con dificultad respiratoria por lo que se decide su intubación electiva a las 7:00 hrs mediante sedación con midazolam y relajación con atracurio y se mantiene con ventilador tipo Mark 7. Se mantiene sedado con midazolam y relajado con vecuronio. Una vez asegurada la vía aérea, se realiza punción lumbar para descartar neuroinfección, misma que se descartó con líquido cefalorraquídeo normal.

Se entrega la guardia a las 8:00 am con los diagnósticos considerados y se toma muestra en ese momento para enviar las colinesterasas en suero por un laboratorio particular mediante el apoyo de trabajo social del hospital. Cabe mencionar que el cambio de turno es a las 8 de la mañana y que permanecemos en el hospital hasta las 13 hrs a completar pendientes de la guardia como notas y listas de pacientes etc., que no habían sido completadas por permanecer el mayor tiempo con el paciente.

6. El doctor Juan Arturo Ocampo Navarro, en su informe, refirió:

[...]

a).- Es el caso, que el suscrito desde el año 2004 dos mil cuatro, entré a laborar para el H. Hospital General de Occidente de esta ciudad, para cursar la especialidad de pediatría, a la vez, que en la actualidad curso el 3 tercer nivel de dicha especialidad, o

sea que mi asignación en dicho nosocomio es el de residente de nivel, de 3 tercer año, estando bajo la supervisión de los médicos de base especialistas en pediatría adscritos a este hospital aludido, así como también, con un horario de servicio de las 7:00 siete horas a las 15:00 quince horas, con prácticas complementarias cada 3er., día (guardias), estando en las guardias a cargo de urgencias en pediatría toco expulsivos, cuneros y área de encamados en pediatría, como supervisor a cargo de los médicos residentes que cursan la misma especialidad durante el servicio y/o prácticas complementarias o que se encuentren prestando su servicio.

b).- Así las cosas, resulta que el día 16 dieciséis de abril del año 2006 dos mil seis, fue recibido en este nosocomio el menor de nombre [agraviado], de 7 siete años de edad, del sexo masculino, por el médico de guardia, a las 02:00 dos horas, con signos y síntomas iniciales que se describen en la hoja de ingreso, los que fueron diagnosticados por el médico de guardia, doctor Omar Enríquez Cisneros, así como por medio de interrogatorio, al menor como a familiares y de una exploración física y exámenes de laboratorio que se le practicaron al menor aludido, por una probable intoxicación por organofosforado, por lo que, de acuerdo a su examen y valoración del mismo, se le ingresó a este hospital para su atención.

c).- Por lo que, el día 16 dieciséis de abril del año 2006 dos mil seis, a las 8:00 ocho horas, en que ingresó a laborar la guardia del suscrito, se me hace del conocimiento de todos los pacientes internados en el área de pediatría, por lo que una vez, que se me puso al corriente del estado de salud de los pacientes internados, procedí a pasar visita a cada uno de ellos, junto con el demás personal entrante, habiéndome encontrado entre los pacientes internados al menor antes mencionado, por lo que al revisar sus signos vitales, como las demás indicaciones de su ingreso, procedí de acuerdo a los protocolos establecidos, como a la sintomatología que presentaba dicho menor, al examen que el de la voz le practiqué, procedí a dar las indicaciones necesarias siendo las 11:00 once horas, del día antes citado, mismas que se encuentran contenidas en mi reporte de visita inicial, más a las 12:00 doce horas del día en cita, en el expediente clínico de dicho paciente, procedí a dar indicaciones para que se le suministrara diversos medicamentos como el suero antialacrán, lo que así corroboro, con el contenido de las copias fotostáticas simples del expediente clínico de dicho menor en cita, el que se anexa copias fotostáticas simples a este informe, más a las 17:45 diecisiete cuarenta y cinco horas de este mismo día antes aludido se me mantuvo constantemente informado, por parte del personal médico a mi cargo y estuve atento al estado clínico del menor mencionado, el cual a las 02:30 dos treinta horas, del día 17 diecisiete de abril del año 2006 dos mil seis, posterior al ser extubado el menor, se observó que el paciente, no tolera respirar por sus propios medios, se indica de manera inmediata secuencia de intubación rápida, presentando paro cardiorrespiratorio a las 2:30 dos horas con treinta minutos, de este último día, iniciando maniobras de reanimación de acuerdo a protocolos establecidos durante 02 minutos con respuesta satisfactoria asegurando, la vía aérea continuando con fase 3 tres, de ventilación mecánica.

Una vez, estabilizado al paciente y que terminé la visita de los pacientes menores de edad internados en dicha área de este nosocomio, fue requerida mi presencia en el área de cuidados intensivos neonatales, a fin de valorar a diversos neonatos, habiendo estado en dicha área aludida, aproximadamente de las 3:30 tres treinta horas a las 6:30 seis treinta horas, del mismo día 17 diecisiete de abril del año 2006 dos mil seis, para acudir a llamado urgente para la valoración del menor antes citado, iniciando maniobras de reanimación de acuerdo a normas establecidas durante 40 cuarenta minutos sin respuesta del organismo de dicho menor, declarando la hora de su defunción a las 7:10 siete horas con diez minutos del día 17 diecisiete de abril del 2006 dos mil seis.

Aclarando, que el suscrito en todo momento estuve al pendiente de este paciente y dentro de las instalaciones del hospital, así como también le estuve informando a los familiares del menor su estado y evolución del mismo.

d).- Por otra parte y en cuanto a lo que refieren los comparecientes en su queja, de que al menor se le practicaron lavados de estómago y tenía suero, esto se encuentra contenido en su expediente clínico, considerando el de la voz, que se aplicó lo necesario ante la sintomatología y exámenes de dicho menor que presentó.

e).- De igual forma, en cuanto a lo que refieren los comparecientes querellantes, a que el suscrito no atendí en forma oportuna a su menor hijo, para ordenar la aplicación del suero antialacrán, es falso de toda falsedad, ya que de acuerdo a los reportes y expediente clínico de dicho menor, el suero antialacrán se le aplicó una vez que se descartó con los informes de laboratorio intoxicación alguna por parte de medicamentos.

Así mismo, que jamás abandoné el hospital, menos las áreas de trabajo donde el suscrito está asignado, en el horario que aluden los comparecientes quejosos, a la vez que también es falso que el suero antialacrán se le haya aplicado en la hora que citan dichos quejosos, puesto que como lo refieren éstos en su queja, el de la voz, utilicé todos los conocimientos médicos para tratar de preservarle la vida, de igual forma ejecuté todos los medios posibles a mi alcance como conocimientos, para preservarle la vida a dicho menor, por lo que niego, haberme ausentado del hospital, a la vez, que el suscrito en ningún momento actué con negligencia en los cuidados empleados por el de la voz, para cuidar preservarle la vida, por lo que niego rotundamente que se le haya brindado a dicho menor una atención inadecuada de la que ahora se duelen los querellantes.

7. Mediante acuerdo dictado el 4 de julio de 2006 se recibió el oficio DG168/2006, suscrito por el doctor Luis Guillermo Medina López, entonces director del HGO, en el cual informó que el doctor Ramiro Figueroa Loza fue el

médico de base adscrito al servicio de pediatría en la denominada jornada acumulada de sábados, domingos y días festivos, a quien le correspondía cubrir el domingo 16 de abril de 2006; sin embargo, ese día contaba con licencia para faltar a sus labores.

8. El 17 de julio de 2006 se dictó un acuerdo mediante el cual se solicitó al director del HGO que informara si en dicho nosocomio había médico urgenciólogo y, en caso afirmativo, proporcionara el nombre del médico que laboró en el área de urgencias el 16 de abril de 2006.

9. Por acuerdo del 22 de agosto de 2006 se recibió el oficio DG230/2006, suscrito por el doctor Luis Guillermo Medina López, entonces director del HGO, en el que informó que María de Jesús Ocampo Alfaro, especialista en medicina interna, estuvo encargada del área de urgencias de adultos el 16 de abril de 2006. En el mismo acuerdo se solicitó al director del Instituto Jalisciense de Ciencias Forenses (IJCF), la emisión de un dictamen sobre la atención médica otorgada al niño [agraviado], en el HGO. También se ordenó la apertura del periodo probatorio.

10. El 4 de septiembre de 2006 se recibió escrito signado por el doctor Juan Arturo Ocampo Navarro, residente de tercer grado de la especialidad de pediatría en el HGO, mediante el cual ofreció como pruebas las notas médicas del expediente clínico del niño [agraviado], así como la prueba presuncional legal y humana.

11. El 16 de julio de 2007 se recibió el oficio 58350/07/12CE/ML/13, suscrito por Carmen Hernández Rosas y Martha Eugenia Ordaz Valencia, peritas médicas forenses del IJCF, mediante el cual emitieron dictamen, en el que concluyeron: “1.- Que en virtud de no quedar claro el diagnóstico definitivo de la causa de muerte del menor [agraviado], no estamos en posibilidad de emitir nuestra opinión médico pericial, sobre la atención médica recibida.”

12. Mediante acuerdo del 18 de julio de 2007 se solicitó a Sergio Manuel Flores Santillán, médico forense que practicó la autopsia al cadáver del niño [agraviado], que aclarara la hora en que le había sido practicada. Asimismo, se solicitó al director del HGO que remitiera copia del certificado de defunción 060127637.

13. El 26 de julio de 2007 se recibió el oficio DG241/2007, signado por el doctor Luis Guillermo Medina López, entonces director del HGO, mediante el cual informó que el menor de edad [agraviado] falleció a las 7:10 a.m. del 17 de abril de 2006, y que por la naturaleza del caso fue remitido al Semefo, en donde se realizó la autopsia de ley y se expidió el certificado de defunción.

14. Por acuerdo del 3 de agosto de 2007 se recibió el oficio 49140/12CE/01/MF, signado por Sergio Manuel Flores Santillán, médico forense del IJCF, mediante el cual aclaró que respecto a la hora en que fue realizada la autopsia al cadáver del niño [agraviado], por una omisión involuntaria de su parte no estableció p.m. (pasado meridiano), ya que fue elaborada en el turno vespertino. Además, hizo la aclaración de que a fin de hacer la entrega oportuna del cadáver, se dictaminó la causa del fallecimiento como “falla múltiple orgánicas secundaria a agente químico a determinar”, y una vez que se recibió el resultado del laboratorio, se dio como causa de la muerte: “Complicación por picadura de alacrán, ya que el menor falleció a más de 24:00 horas del evento, recibiendo además atención médica”. En el mismo acuerdo se ordenó remitir dicha información a las doctoras Carmen Hernández Rosas y Martha Eugenia Ordaz Valencia, peritas legistas del IJCF, para que emitieran el dictamen que se les había solicitado con relación a la atención médica otorgada al niño de referencia.

15. El 29 de agosto de 2007 se recibió el oficio 74745/07/12CE/ML/13, signado por las doctoras Carmen Hernández Rosas y Martha Eugenia Ordaz Valencia, peritas médicas del IJCF, mediante el cual emitieron su dictamen sobre responsabilidad médica, respecto de la atención que se le otorgó al menor de edad [agraviado] en el HGO.

16. El 20 de diciembre de 2007, una visitadora adjunta de este organismo realizó un investigación de campo en el HGO, tendente a indagar si en dicho nosocomio laboran médicos de base en las guardias nocturnas de los sábados, domingos y días festivos. Al respecto, un médico adscrito al área de medicina interna le informó que en las guardias de esos días no hay médico de base, y que en caso de que los residentes tuvieran alguna duda, se comunican por teléfono con algún médico especialista de base.

17. Mediante acuerdo dictado el 30 de mayo de 2008 se solicitó al director del HGO que remitiera a esta Comisión copia de la licencia otorgada el domingo 16

de abril de 2006 al doctor Ramiro Figueroa Loza. Asimismo, se le pidió que informara los nombres de los médicos de base que cubrían los diversos servicios del hospital en jornada acumulada de sábados, domingos y días festivos.

18. El 13 de junio de 2008 se recibió el oficio 256/2008, suscrito por el doctor Enrique Rábago Solorio, director del HGO, mediante el cual informó que el doctor Ramiro Figueroa Loza estuvo de vacaciones del 2 al 22 de abril de 2006. Asimismo, anexó copia del cuadro que contiene los nombres de los médicos de base que en esa fecha cubrían los diversos servicios del hospital en jornada acumulada, en el que se advierte que en las guardias de sábado, domingo y días festivos, solamente se cuenta con dos médicos de base en el turno nocturno, que son el cirujano Juan Rivera Romero y el anestesiólogo Alfredo Ruiz Rojas, ya que los demás integrantes del personal de base de guardia en esos días tienen horario de 7:00 a 19:00 horas o de 8:00 a 20:00 horas, con excepción de la doctora Ana Karina Osuna Chávez, cuyo horario es variable.

19. Mediante acuerdo del 29 de agosto de 2008 se solicitó al director del HGO que informara sobre la relación laboral del hospital con el médico Juan Arturo Ocampo Navarro.

20. El 8 de septiembre de 2008 se recibió el oficio 399/2008, suscrito por el doctor Enrique Rábago Solorio, director del HGO, mediante el cual informó que el doctor Juan Arturo Ocampo Navarro no tuvo ninguna relación laboral con el hospital, ya que fue residente en la especialidad médica de pediatría del 1 de marzo de 2004 a febrero de 2007.

II. EVIDENCIAS

1. Copia certificada del expediente clínico del HGO, relativo al menor [agraviado], del cual destacan las siguientes anotaciones:

a) NOTA DE INGRESO A URGENCIAS

Fecha: 16-04-06
02:00 hrs

Peso: 30 kgs
Fc: 67 X
Fr: 36X'
T: 36.5

[Agraviado], masculino de 7 años de edad, con fecha de nacimiento del 24-02-99, originario de Guadalajara, Jalisco, residente en calle [...], colonia [...], en Zapopan, Jalisco; madre [quejosa], quien lo trae al servicio de urgencias por presentar:

- Dificultad respiratoria 1hr. de evolución.
- Ansiedad 1hr. de evolución.
- Sialorrea 1hr. de evolución.
- Diaforesis 1hr. de evolución.
- Náuseas 1hr. de evolución.
- Cefalea 1hr. de evolución.
- Temblor 15 min. de evolución.
- Ataxia 1hr. de evolución.
- Visión borrosa 1hr. de evolución.

Inicia una hora antes del ingreso de urgencias, con presencia de dificultad respiratoria de inicio brusco y progresivo, posterior de haber estado dormido, acompañado de ansiedad con sensación de obstrucción de vía aérea superior, selorreo abundante y espumoso con presencia de reflejo nauseoso sin llegar al vómito, diaforesis acompañado con temblor fino y escalofríos.

Refiere inicio brusco de cefalea holocraneana, acompañada de visión borrosa, ataxia y dificultad para la deambulaci3n, evolucionando hacia la gravedad. Motivo por el cual acude a urgencias.

Cefalea:

Inicia hace una hora de inicio brusco, holocraneana no refiere un lugar específico.

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES:

Madre de 26 años de edad, la cual vive en uni3n libre, comerciante, trabaja actualmente 8 hrs. diarias, analfabeta, de religi3n cat3lica, [...], G:2 P:0 C:2 A:0 niega enfermedades cr3nico-degenerativas, traumatismos, tabaquismo positivo ocasional, niega alcoholismo y toxicom3nico. Padrastro de 37 años de edad, el cual es comerciante, con escolaridad hasta la secundaria, tabaquismo y alcoholismo positivos ocasionalmente. Niega toxicomanías.

PERINATALES

Primer producto de gesta 2, producto deseado, niega control prenatal, con ingesta de multivitamínicos a partir de los 5 meses de gestaci3n aproximada. No se realiza Usg, niega

complicaciones durante el embarazo, nacido por cesárea al parecer por desproporción cefalo-pélvica, el cual lloró y respiró al nacer, desconoce apgar, silverman, peso y talla al nacimiento.

ALIMENTICIOS:

No fue alimentado al seno materno, alimentado con fórmula, inicio de ablactación a los 5 meses con frutas y verduras, alimentación con huevo y mariscos (alimentos alergenos al año de edad) así como integración a la dieta familiar.

INMUNIZACIONES:

Niega esquema completo de inmunizaciones, desconoce cuáles le hacen falta. No cuenta con cartilla de vacunación.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS:

Habitan en casa propia la cual está hecha de ladrillo y cemento con 2 cuartos, donde habitan 4 adultos y 2 niños, cuentan con servicio de agua, luz y drenaje, cuenta con fauna nociva (cucarachas, alacranes) y domésticos (perro).

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS:

Refiere enfermedades propias de la infancia como infección de vías respiratorias, varicela, etc.

EXPLORACIÓN FÍSICA:

A la EF encuentro paciente inquieto, ansioso, diaforético, hiperexitado, con respuesta al estímulo verbal, orientado en sus tres esferas, lugar, tiempo y espacio, con buena coloración y estado hídrico, cráneo normocéfalo sin presencia de endostosis ni exostosis, sin dolor a la palpación, ojos simétricos con pupilas mióticas, con respuesta pupilar a la luz, sin presencia de nistagmos, fondo de ojo no valorable, nariz con ambas narinas permeables, boca con paladar y labios íntegros simétricos con presencia de sialorrea, oídos con pabellones auriculares simétricos, sin presencia de secreciones ni hemorragias en conducto auditivo externo, cuello cilíndrico sin presencia de adenomegalias, tórax normolineo, CsPs con buena entrada y salida de aire, taquipneico sin ruidos agregados, área cardíaca con ruidos aumentados, con buen tono, no ausculto soplos. Abdomen globoso a expensas de panículo adiposo, peristaltismo presente, no doloroso a la palpación, sin presencia de viceromegalias, extremidades íntegras con reflejos estectendinosos normales.

COMENTARIO

Paciente masculino el cual acude por presentar sintomatología de intoxicación por organofosforados, usualmente la intoxicación por este tipo de insecticidas es por la vía oral y de forma accidental.

La sintomatología es originada por la inhibición de la colinesterasa la cual favorece la continua acción de la acetilcolina, dando lugar, al estimular el parasimpático, a signos muscarínicos; al estimular los ganglios del sistema nervioso y las terminaciones de los nervios motores a signos nicotínicos.

La acumulación de acetilcolina en SNC produce graves manifestaciones neurológicas tales, presentando trastornos visuales como miosis, dificultad respiratoria, hiperactividad gastrointestinal, etc.

En caso de sospecha de este tipo de intoxicación el tratamiento no debe hacerse esperar, iniciando con lavado gástrico, favoreciendo la emesis y atropinizando, para bloquear el efecto de la acetilcolina.

Se debe investigar la causa buscando el producto, llegando al diagnóstico con la determinación de colinesterasa, estando los parámetros bajos o negativos.

El diagnóstico diferencial debe hacerse con gastroenteritis o en este caso con intoxicación por picadura de alacrán, ya que la madre refiere fauna nociva con este tipo de insectos en su casa.

Martínez y Martínez

Dres. Enríquez R3/ Gutiérrez R2/ Macedo R1.

b) NOTAS DE ANÁLISIS

Fecha: 16-04-06

Hora: 02:00 hrs

Fc: 80 X'

Fr: 35X'

T: 36.5° C

Paciente previamente sano quien acude con cuadro agudo de dificultad respiratoria y ansiedad. En nuestro paciente podemos considerar los siguientes diagnósticos: 1. Aspiración de cuerpo extraño 2. Intoxicación por organofosforados o por carbamatos 3. Picadura de alacrán. 4. Meningitis.

No se cuenta con antecedente de picadura, no se observa sitio de picadura ni hay dolor en alguna extremidad o área del cuerpo sin embargo sí hay la sialorrea característica aunque para una manifestación sistémica tan severa esperaríamos encontrar nistagmus

y no habría presencia de miosis como la hay en nuestro paciente. Puede considerarse la prueba terapéutica con suero antialacrán. La aspiración de cuerpo extraño se descarta ya que es un paciente ya escolar y niega antecedente además que las manifestaciones neurológicas no se justifican en este diagnóstico. La meningitis puede considerarse sin embargo no hay cuadro infeccioso previo ni apariencia tóxica con fiebre. No hay datos meníngeos.

En este momento la sintomatología con miosis, bronco-secreciones, salivación, vómito, emesis, diaforesis y lagrimeo, nos orienta a pensar en una intoxicación por organofosforados o carbamatos que son más comunes en nuestro medio, contenidos en venenos para hormigas. Aunque se niega ingesta accidental o deliberada en este caso sus agentes pueden absorberse a través de la piel. Se maneja primero la vía aérea la cual se mantiene con aporte a oxígeno a libre flujo por mascarilla con reservorio. Llama la atención un olor característico. Se da manejo con carbón activado en lavado gástrico. Descontaminación de la piel y se inicia atropina. Aún si en el antecedente directo de ingesta debe considerarse el diagnóstico e iniciarse el tratamiento debido a las consecuencias. De tratarse de una picadura de alacrán el tratamiento con atropina, aunque no ideal es una opción válida sobre todo considerando que el abordaje primordial es el mantenimiento de una vía aérea permeable.

Podrá considerarse después de haberse descartado la intoxicación por organofosforados mediante colinesterasa sérica, el uso de suero antialacrán. Se valorará realización de punción lumbar.

APLS

Intoxicaciones Martínez Pantaleón

Dres Gtz R2/ Macedo R1/ Enriquez R3

c) NOTAS MÉDICAS

PACIENTE

[Agraviado]

ANOTACIONES DEL MÉDICO

16/04/2006	Indicaciones médicas.
2:00 hrs	1- AYUNO.
P-30 Kg	2- Hoja de terapia con control estricto de líquidos, T/A 2 veces por turno, DXTX por turno, PA 2 veces por turno.
SC 1	3- Rol de soluciones IV para 8 horas (liq 1700 1/3 40) - Sol. Salina al 0.9%.....190 ml

- Sol. Glucosaza al 5%.....380 ml
- KCL.....PD.....13 mEq
- 4- medicamentos:
 - Hidrocortisona 100 mg IV dosis única. (100 mg/sc/do)
- 5- Medidas generales:
 - Lavado gástrico con 30 gr de carbón activado dejarla en cama gástrica por 30 minutos.
 - Vigilar estado respiratorio.
 - Vigilar estado hemodinámico.
 - Vigilar estado neurológico.
 - Vigilar abdomen y evacuaciones.
 - Vigilar datos de sangrado.
- Reportar eventualidades.
- Gracias.

Dres. Enríquez R3/ Macedo R1/ Gutiérrez R2

16/04/2006 2:30 hrs Indicación agregada.
 1- Atropina 0.5 mg IV sin diluir, DU.
 2- Sol. Hartman 600 ml IV carga rápida para pasar en 30 minutos (600m2SC)

Dres. Enríquez R3/ Macedo R1/ Gutiérrez R2

16/04/2006 2:40 hrs Atropina 0.5 mg IV sin diluir, dosis única.

Dres. Enríquez R3/ Macedo R1/ Gutiérrez R2

3:00 hrs Atropina 2 mg IV sin diluir, DU.

Dres. Enríquez R3/ Macedo R1/ Gutiérrez R2

3:20 hrs Atropina 1 mg IV sin diluir, DU.

Dres. Enríquez R3/ Macedo R1/ Gutiérrez R2

3:30 hrs Atropina 1 mg IV, sin diluir, dosis única.

Dres. Enríquez R3/ Macedo R1/ Gutiérrez R2

16/04/2006 4:40 hrs Atropina 1 mg IV sin diluir, DU.

Dres. Enríquez R3/ Macedo R1/ Gutiérrez R2

05:00 Atropina 1mg IV
 Dr. Gtz/ Enríquez R3

05:20 hr Atropina 1 mg IV
 Dr. Gtz/ Enríquez R1

06:00 hrs Atropina 1 mg IV
 Dr. Gtz R2/ Enríquez R

07:00 hrs Midazolam 7 mg IV Dosis STAT
 (ilegible) 9 mg IV DOSIS STAT
 Dr. Gtz R2/ Enríquez R3

Indicación Agregada

08:00 1 Midazolam (ilegible) mg IV c/3 hr (0.05 mg (ilegible))
 2 Vecurno 9 mg IV c/3hr (0.1 mg (ilegible))
 3 Atropina

11:00 hrs 1.- AYUNO (1)
 P: 30 kgrs 2.- Hoja de terapia, control líquidos estricto, TA 2 veces por turno y SC:
 1 reportar, DxTx por turno y reportar, cuantificar gasto sonda foley Grave
 reportar oximetrías de pulso cada hora.

3.- SOLUCIONES Rol Liq 1700 1/3 40 IV para 8 hrs.
 a) Sol salina 0.9%.....190ml
 b) Sol glucosada 5%.....380ml
 c) KCL.....PD.....13mEq

4.- MEDICAMENTOS
 a) RANITIDINA 35 mg IV cada 8 hrs (100mg/m2sc/día)
 b) ATROPINA 3 mg IV cada 2 hrs (0.1 mg/k/dosis)
 c) MIDAZOLAM 5 mg IV cada 3 hrs (0.15mg/k/dosis)
 d) VECURONIO 12 mg IV para 8 hrs (0.05mg/k/hr) en IC en
 12 ml de SG5%.

5.- MEDIDAS GENERALES

- a) Vig Edo respiratorio, cuidados del pte ventilado, aspiración frecuente secreciones, por cánula orotraqueal previa valoración médica.
- b) MONITOR EKG CONTINUO (Vig bradicardias, admón. atropina)
- c) OXIMATRÍA DE PULSO y reportar cada hora hoja de enfermería.
- d) Vig Edo hemodinámico, metabólico y RIS.
- e) Cuidados de sonda foley.
- f) Vig Edo hídrico, uresis, abdomen y evacuaciones.
- g) CGE y reporte de eventualidades.

Dres. Cortés R2 Martínez R1 Ocampo R3

16:00 hrs 1.- Medios físicos

Dres. Cortés R2 Martínez R1 Ocampo R3

17:40 hrs 1.- ATROPINA SUSPENDER
2.- Resto sin cambios

Dres. Cortés R2 Martínez R1 Ocampo R3

17:45 hrs 1.- SUERO ANTIALACRÁN 5ml en 50 ml de sol salina 0.9% para 30 minutos IV.
2.- Resto sin cambios

Dres. Cortés R2 Martínez R1 Ocampo R3

20:00 hrs 1.- SUERO ANTIALACRÁN 5 ml en 50 ml de sol salina 0.9% IV para 30 minutos.
2.- VECURONIO SUSPENDER

Dres. Cortés R2 Martínez R1 Ocampo R3

20:30 hrs INDICACIONES AGREGADAS

1. Cefotaxima 1gr IV c 8 hrs (100mg/k/día) (0).
2. Resto igual.

Dres. Cortés R2 Martínez R1 Ocampo R3

23:00 hrs 1.- DIPIRONA 300 mg IV cada 6 hrs (10mg/k/dosis).
2.- MIDAZOLAM 5 g IV cada 3 hrs PRN (ilegible) MÉDICA (0.15mg/k/do).

3.- Resto igual

Dres. Cortés R2 Martínez R1 Ocampo R3

17-04-06
2:00 hrs

INDICACIÓN AGREGADA

1.- SECUENCIA INTUBACIÓN RÁPIDA.

a) ATROPINA 3 mg IV dosis única (0.1mg/k/dosis)

b) VECURONIO 5 mg IV dosis única (0.15mg/k/do)

c) MIDAZOLAM 5 mg IV dosis única (0.15mg/k/do)

2.- MIDAZOLAM 5 mg IV cada 3 hrs (0.15mg/k/do)

3.- VECURONIO 5 mg IV cada 3 hrs (1.15mg/k/do)

4.- Resto sin cambios

Dres. Cortés R2 Martínez R1 Ocampo R3

02:30 hrs.

INDICACIONES AGREGADAS.

Adrenalina 3 mg IV para pasar en bolo (0.1mg/k/do).

Dres. Ocampo R3/ Martínez R1/ Cortés R2

d) NOTA POS-INTUBACIÓN Y PUNCIÓN LUMBAR.

Fecha: 16/04/2006

Hora: 10:00 hrs.

Previo atropinación del paciente logrando disminuir las secreciones, el paciente persiste con dificultad respiratoria severa por lo que se decide intubar en forma electiva previo pasar midazolam 7 mg y atracuronio 9 mg, sin eventualidades durante el procedimiento, posteriormente después de corroborar tiempos de sangrado normales y verificar ausencia de papildema e hipertensión se decide realizar punción lumbar previa asepsia y antisepsia se realiza punción lumbar obteniendo líquido claro, se manda muestra para Gram, citoquímico y cultivo de líquido cefalorraquídeo, se da por terminado procedimiento sin eventualidades aparentes.

Dres. Enríquez R3/ Macedo R1/ Gutiérrez R2

e) NOTA DE EVOLUCIÓN MATUTINA

Fecha: 16-04-06

Hora: 12:00 hrs

Fc: 159 xmin

Fr: 24 xmin

T: 39.5 grados

BH:

DMH: 37.5 ml/k/hr Grave

Fernando 7 años DXS de ESCOLAR MASCULINO + INTOXICACIÓN DESCARTAR ÓRGANO FOSFORADOS + DESC. PICADURA ALACRÁN.

S.- Febril, taquicárdico, polipneico, TA dentro de límites adecuados hasta el momento actual, uresis presente sin evacuaciones, DxT a 98mg/dl.

0.- A la EF actual se recibe bajo ventilación mecánica intermitente, sedado y relajado, cráneo sin alteraciones, cuero cabelludo íntegro sin alopecias, ojos pupilas isocóricas isométricas, de 4 a 5 mm FO de ojo no paipiledema, oídos membrana derecha íntegra aperlada izquierda poca visibilidad por presencia de cerumen, nariz permeable sin secreciones, boca mucosa oral semihúmeda, cánula orotraqueal bien fija y permeable, cuello cilíndrico sin adenopatías, área cardíaca rítmica sin soplo, campos pulmonares con estertores gruesos transmitidos con hiperventilación bibasal, no crépitos no sibilancias, abdomen plano blando depresible sin megalias peristático, no doloroso, genitales acordes con sonda foley permeable funcional, extremidades íntegras con algunas excoriaciones sin zona de enrojecimiento, con tatuaje de Bob Esponja en miembro pélvico derecho tercio medio de la pierna.

A.- RESPIRATORIO: se recibe pte BVMI con ventilador de presión, para asegurar vía aérea, debido a las normas de atención inicial PALS, con último control gasométrico con acidosis respiratoria por lo cual con el riesgo del manejo de las presiones en pte. pediátrico se solicitará la renta de ventilador volumétrico, a la subdirección, para mejor control respiratorio, así como continuar con oximetrías de pulso y gasometría cada 6 hrs y [ilegible] deterioro clínico, con un control radiográfico debido a no contar con el mismo actualmente, así como descartar pble. foco infeccioso a este nivel debido a que el interrogatorio se comentan datos de inicio de tos, dificultad respiratoria según menciona la madre, más no previamente al cuadro actual sintomatología respiratoria. Pte a la misma.

HEMODINÁMICO: Pte taquicárdico por arriba de los límites para la edad, sin datos descompensación actual, así como de pbles bradicardias secundarias a la administración de atropina, debido al manejo de la misma secundario a la consideración de pble. intoxicación de organofosforados, la cual se continúa al momento actual.

METABÓLICO: Pte con glucemias altas centrales y dxtx hasta el momento actual, sin necesidad de intervención aguda de las mismas hasta el momento (insulina), pte. de ellas, las cuales dentro de la consideración de picadura de alacrán, debido a la intensa liberación de catecolaminas que inhiben la acción de la insulina.

HIDRÍCO Y URESIS: Se coloca sonda urinaria, debido a la retención urinaria ocasionada por el uso de atropina, pte de la misma y posterior retiro de ésta, con DMH actual 37.5 ml/k/hr de 8 hrs.

NEUROLÓGICO: Se realiza punción lumbar con LCR normal, descartando así proceso infeccioso a este nivel. Con TA dentro de lo normal, FO normal con la cual se apoya el no impedimento de la realización de la misma. No crisis convulsivas reportadas al momento, las cuales se pueden presentar en la intoxicación organofosforados y la picadura de alacrán.

RIS: Febril desde su ingreso de 38.5 grados según reportes de enfermería en incremento, las cuales pueden secundarias a proceso infeccioso, esperamos Rx de tórax apoyo foco a este nivel, EGO, o secundario a la administración de atropina. Además de citometría hemática, neutrofilia.

LABORATORIALES: Está indicado la toma de BH, ES, glucosa, gasometría y FA, pudiendo encontrar leucocitosis y neutrofilia, neutrofilia en este caso, sin modificación más que en la glucosa elevada y FA elevada, el resto de laboratorio normal, compatible con una picadura de alacrán.

P.- Continuamos manejo atropina hasta obtener resultados de colinesterasa en sangre bajos, de ser presenta una intoxicación organofosforados mayor del 25%. Así como de su temperatura, edo respiratorio, cambio de ventilador y rx de tórax, controles gasométricos, estado hemodinámico, control térmico, uresis, valorar inicio de suero antialacrán dependiendo de resultados y antibioticoterapia. Se reporta grave.

Dres. Cortez R2 Martinez R1 Ocampo R3

f) NOTA DE REVISIÓN.

Fecha: 16/04/2006

Hora: 12:00 hrs.

Fc: 150 X'

FR: 36X'

P. 30 kg

Temp. 37° C

T- 127 cm

Se trata de paciente masculino de 7 años de edad, el cual es originario y residente de Guadalajara, Jalisco, al parecer sin antecedentes de importancia, sin presentar enfermedades previas a su ingreso a este hospital, llama la atención que refiere la madre que el paciente se encontraba sano, y que inicia posterior a dormir con presencia de sialorrea y dificultad respiratoria, por lo que decide acudir a este hospital, a su ingreso el paciente se encuentra orientado, irritable, con presencia de diaforesis,

sialorrea, vómitos de contenido gástrico, con presencia de dificultad respiratoria, con pupilas mióticas, con pobre respuesta a la luz, se reinterroga a la madre sobre las actividades del paciente y sobre sustancias tóxicas que existieran en la casa, sin embargo las niega, el paciente también niega haber ingerido alguna sustancia basándonos en la clínica y por los productos del hogar más frecuentes de intoxicación, ya que presenta efectos muscarínicos los cuales pueden ser causados por organofosforatos o carbomatos con presencia de sialorrea diaforesis, lagrimeo, miosis, broncorrea e incluso bradicardia, esto es un efecto secundario al bloqueo de la acetilcolinesterasa la cual propicia la acumulación de acetilcolina, en este paciente por el lugar en el que habita refiere la madre una posible picadura de alacrán, sin embargo la evolución no concuerda con el cuadro clínico además de que el personal que estuvo en contacto con el paciente presencié efectos mirticos, náuseas, vómitos los cuales nos ayudan a descartar un posible efecto por picadura de alacrán.

Dentro de los métodos diagnósticos se encuentra la determinación colinesterasa sérica, y el tratamiento como en nuestro paciente es asegurar la vía aérea con una oxigenación y ventilación adecuados e iniciar la descontaminación del paciente retirando su ropa y limpiar la piel con agua y jabón e iniciar el tratamiento con atropina la cual revierte los efectos muscarínicos, siendo el principal objetivo secar las secreciones respiratorias, de manera que se mantenga la oxigenación y ventilación adecuados.

Nuestro paciente se encuentra grave, se decide intubar para asegurar la vía aérea y se solicitan determinaciones de acetilcolinesterasa sérica para valorar manejo. El pronóstico por el momento es reservado. (Manual de medicina de urgencias médicas pediátricas).

Dres. Enríquez R3/ Macedo R1/ Gutiérrez R2

g) NOTA DE EVOLUCIÓN VESPERTINA

Fecha: 16-04-06

Hora: 19:30 hrs

FC: 150xmin

FR: 40xmin

T. 39 grados

BH: -458.7 ml.

DMH:119ml/k/hr

Grave

[Agraviado] dxs antes comentados

S.- Enfermería continua reportando febril, FC límites altos, polineico, BVMI, uresis y evacuaciones presentes, DxTx 101mg/dl, TA dentro límites normales.

O.-A la EF actual más reactiva a estímulos táctiles, no verbales, cardiopulmonar abdominal sin cambios, uresis presente, evacuaciones abundantes fétidas. Resto de la exploración sin cambios a la previa.

A.- Respiratorio: Gasimetrías con iperoxemia y barriendo CO₂, con ventilador volumétrico actualmente, se disminuyen parámetros a FR 10xmin FiO₂ 50% PEEP 10 PIP en modo de ciclado por presión y por flujo no asiste controlado. Rx de tórax con cánula orotraqueal bien colocada sin alteraciones óseas, con parénquima pulmonar con infiltrado intersticial que rebasa la línea media de predominio basal compatible con la hip ventilación tendiendo al empastamiento, no descartamos proceso infeccioso neumónico.

Hemodinámico: aún taquicárdico, no bradicardias. Continúa monitor EKG. Se suspende atropina, colinesterasa rangos normales.

Metabólico: disminuye glucemia capilar actual 101mg/dl.

Hídrico y uresis: BH negativo DMH elevada, pte EGO.

Neurológico: no valorable relajación y sedación se suspenderá vecurnio, midazalam PRN, extubación en breve. No crisis convulsivas.

RIS: continuo febril, pte EGO, se valora inicio cefotaxima.

Alacranismo: inicia suero antialacrán por lo anteriormente expuesto con respuesta aparentemente favorable, pte evolución.

P.- Descenso ventilador, susp. vecurnio, suero antialacrán. Grave.

Dres. Cortez R2, Martínez R1, Ocampo R3

h) NOTA DE GUARDIA

Fecha: 17-04-06

Hora: 3:00 hrs

FC: 164 x min

FR: 67 x min

T: 39.5 grados

BH: -1190 ml.

DMH: 117.2 ml/k/hr

Grave

TA: 118/70

[Agraviado] DXS PBLE PICADURA ALACARÁN + SE DESCARTA
INTOXICACIÓN ORGANOFOSFORADOS +
POSTPAROCARDIORRESPIRATORIO 17-04-06

S.- Enfermería reporta febril, taquicárdico y polipneico, uresis y evacuaciones presentes, DxTx 101mg/dl último reportado, TA dentro límites adecuados.

O.- A la EF actual bajo sedación y relajación, pupilas de 7mm reactiva área cardíaca rítmica sin soplo, campos pulmonares rudeza inspiratoria exteriores transmitidos no crépitos ni sibilancias, con ip ventilación bibasal, con leve palidez mucotegumentaria, resto de la exploración sin cambio a la previa.

A.- Respiratorio: disminución progresiva del parámetro ventilatorio, llegando hasta flujo 150xmin PEEP 10 FR de 10 x min FiO2 50% presentando extubación accidental, dejando apoyo de 02 5 lts x min mascarilla con gasometría con acidosis respiratoria y hipoxemia, por lo cual decidimos reintubar con secuencia de intubación rápida, sin complicaciones, aspirando secreciones de moderada cantidad a través de cánula orotraqueal fétidas, amarillentas. Pte control radiográfico control, gasometría oximetría pulso continua. Continuamos sedación y relajación.

Hemodinámica. Presenta posterior intubación paro cardiorrespiratorio con maniobras avanzadas de resucitación 1 dosis de adrenalina 0.1mg/kg, recuperando frecuencia cardíaca, pte de edo, actual monitor EKG continuo.

RIS: continúa febril con manejo antipirético y medios físicos, se inicia manejo cefotaxima debido a procesos invasivos y pble. foco infeccioso pulmonar.

EGO: con presencia cetonas las cuales pueden ser probables en estado por ayuno, y proceso febril. Leucos de 6 a 10 x campo, DU 1,01 sospecha de IVU, pte urocultivo.

Organofosforados: colinesterasa negativa decidimos suspender atropina.

Alacranismo: se aplican dos sueros antialacranes con respuesta vaga al mismo no satisfactoria.

P.- se reintuba pte, pte rx tórax y abdomen control, BVMI, gasometría posterior, continúa sonda foley, monitorización continua, así como antibioticoterapia, se dan informes a la madre de la evolución y pronóstico reservado, se reporta grave.

Dres. Cortés R2 Martínez R1 Ocampo R3

i) RESUMEN CLÍNICO Y NOTA DE DEFUNCIÓN.

Se trata de paciente escolar masculino de 7 años de edad, quien ingresa el día 16/04/06 a las 2:00 horas por presentar un cuadro súbito de dificultad respiratoria, ansiedad, sialorrea, diaforesis, náuseas, cefalea, ataxia, visión borrosa, y temblor de una hora de evolución, los cuales inician estando bajo sueño fisiológico, negando antecedentes de ingesta de medicamentos, drogas, sustancias como insecticidas, negando picadura de insectos, previamente sano. Con referencia materna que en casa cuenta con insecticidas, sin otra sospecha de sustancia tóxica.

A su ingreso con Glasgow de 15, con dificultad respiratoria importante, utilización de músculos intercostales, polipneico, taquicárdico, hipertérmico, cráneo sin datos de traumatismo, pupilas mióticas normorrefléxicas, sialorrea, sin evidencia clínica de picadura, mordedura ni lesión sugestiva de alacranismo ni aracnoidismo, resto sin alteraciones.

Signos vitales a su ingreso frecuencia cardiaca 72 por minuto. Frecuencia respiratoria 50 por minuto. Temperatura 38.5 grados. Presión arterial 124/64, con mal estado general, evolución tórpida, con hipertermia hasta 40.5 grados a su ingreso se maneja con ayuno, líquidos a requerimientos, hidrocortisona a 100 mg, descontaminación de piel con agua y jabón, lavado gástrico con 30 grs de carbón activado por sonda orogástrica. Posteriormente, atropina 8 dosis de 600mg/m2se dosis total de 8mg.

Previa interconsulta vía telefónica con centro de toxicología realizando previamente prueba de colinesterasa en sangre por sugerencia de médicos de dicho centro, los cuales se encontraron normales (9.8 U/ml) con aparente mejoría, con incremento de esfuerzo respiratorio, con acidosis respiratoria por lo que se decide pasar a fase 3 de ventilación, previa secuencia rápida de intubación con vecuronio y midazolam, permaneciendo posteriormente sedado y relajado. PIP 30 PEE 10 FIO2 70%, FR 20 gasometría posterior que vira a una acidosis metabólica compensada, con bicarbonato de 12, biometría hemática con leucocitosis importante (18.6 a expensas de neutros (91.1) linfopenia (7.7) hemoglobina y hematocrito normales (11. 10/33/6) plaquetas normales (395); química sanguínea con hiperglucemia 142mg/dl, urea de 22 y creatinina de 0.5, pruebas de función hepática con afectación de [ilegible] láctica de 902 y fosfatasa alcalina ligeramente elevada de 199, electrolitos normales, con Ca 9.1, Cl 110, NA 142 MG 1.8, K 3.6, tiempos de coagulación TP 12.7, TTP 30.4 (normal). Radiografía de tórax sin datos infiltrativos o radioopacidades de importancia con silueta cardiaca normal, sin otras alteraciones en campos pulmonares considerándose radiografía normal.

Se realiza punción lumbar sin datos previos de hipertensión intracraneal (presión arterial normal, sin datos de papiledema), obteniendo líquido cefalorraquídeo con aspecto transparente incoloro, glucosa de 88, cloro 127, proteínas de 26, leucos 2 por campo, considerándose normal el líquido.

Se continúa con fase 3 de ventilación sedado y relajado, sin apreciar mejoría y sospechando de una probable intoxicación por picadura de alacrán, se administra suero antialacrán 2 frascos observando discreta mejoría, se administra antibioticoterapia a base de cefotaxima 1 gramo, se inicia retiro de sedación y relajación gasométricamente con parámetros adecuados, barriendo CO2, con lo cual se procede a extubar el día de hoy 17/04/06 a las 02:30 horas, presentando deterioro respiratorio a los 20 minutos, presentando paro cardiorrespiratorio con duración de dos minutos que cede a maniobras avanzadas con 2 ciclos de masaje torácico y ventilación con bolsa y cánula orotraqueal, intubando nuevamente al paciente con una dosis de adrenalina con respuesta satisfactoria. Continuando nuevamente con fase 3 de ventilación.

A las 6:30 horas presenta nuevamente paro cardiorrespiratorio realizando maniobras avanzadas de reanimación durante 40 minutos sin obtener respuesta satisfactoria, declarándose defunción a las 7:10 horas.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

1. Escolar masculino eutrófico.
2. Probable intoxicación de origen a determinar.

Dres. Ocampo R3/Martínez R1/ Cortés R2

2. Copia certificada del oficio 24907/06/12CE/01MF, relativo al resultado de la necropsia 0766/06, practicada al cadáver de [agraviado], de cuyo contenido se transcribe lo siguiente:

Con antecedentes: según nota médica del Hospital Zoquipan, que ingresó el día 16 de abril de 2006, siendo las 2:00 horas, sin antecedentes de haber ingerido medicamento, drogas, insecticidas, negando picadura de insectos. A su ingreso, dificultad para respirar, ansiedad, sialorrea, diaforesis, náuseas, cefalea, visión borrosa de una hora de evolución, se procedió a mantenerlo sedado y relajado, siendo las 02:30 horas presenta deterioro respiratorio, 20 minutos después cae en paro cardiorrespiratorio saliendo del mismo en forma satisfactoria, siendo las 06:30 horas presenta nuevamente paro cardiorrespiratorio, realizando maniobras avanzadas de reanimación durante 40 minutos, sin obtener respuesta satisfactoria, se declara su defunción a las 07:10 horas.

Cadáver del sexo masculino, en buen estado general de nutrición, con flacidez cadavérica y livideces en las caras posterior del cuerpo e hipotermia distal con una talla de 128 cm. Perímetros: cefálico 52 cm. torácico 66 cm. abdominal 62 cm. pie 20 cm. no presenta huellas de violencia física externas, apreciándose solamente marcas de punción por aguja hipodérmica en ambos dorsos de las manos y región lumbar (punción lumbar). Así mismo zonas equimóticas en tórax, cara anterior, por maniobras de reanimación cardio-pulmonar. Abiertas las cavidades encontramos: CRÁNEO.- Al despegar el cuero cabelludo y separar la calota el encéfalo se aprecia con marcada congestión vascular periférica en forma de tela de araña, al corte el líquido cefalorraquídeo de aspecto normal. CUELLO Y TÓRAX.- Esófago colapsado, al corte su mucosa pálida y vacía, la tráquea íntegra en toda su extensión con disminución de la luz a nivel de la glotis, al corte su mucosa pálida y libre en su luz, pulmones en ambas cavidades pleurales libres de aspecto enfisematoso, al corte crepitantes y a la expresión con salida de escasa espuma fina amarillenta, entremezclada con sangre, pericardio contenía escaso líquido seroso y el corazón de forma y volumen normal, al corte sus cavidades ocupadas por sangre oscura parcialmente coagulada. ABDOMEN.- Hígado ligeramente aumentado de volumen, al corte congestionado y sangrante, bazo y ambos riñones de forma y volumen normal, al corte congestionados y sangrantes, estómago distendido, la mucosa pálida y con residuos alimentarios parcialmente digeridos, asas intestinales dilatadas por gases. PELVIS.- Sin datos. El resultado de los venenos investigados dio resultados: NEGATIVOS.

DE LO EXPUESTO SE DEDUCE:

Que la muerte de [agraviado] se debió a shock anafiláctico secundario a picadura de alacrán.

Firmaron:

Dr. Sergio Manuel Flores Santillán y

Dr. Guillermo Villaseñor Torres

3. Oficio 74745/07/12CE/ML/13, que contiene el dictamen de responsabilidad médica emitido por las doctoras Carmen Hernández Rosas y Martha Eugenia Ordaz Valencia, peritas médicas forenses adscritas a la Dirección de Dictaminación Pericial del IJCF, de cuyo contenido se transcribe lo siguiente:

PICADURAS DE ALACRÁN

Los accidentes por artrópodos en México como los producidos por alacranes del género *Centruroides* y las arañas de los géneros *Loxosceles* y *Latrodectus*, constituyen un problema importante de salud pública, ya que se han reportado tasas de más de 200 000 accidentes por año debido a picadura de alacrán y de 3 000 a 5 000 por picaduras de araña.

El tratamiento efectivo debe iniciarse lo antes posible, para evitar desenlaces fatales. Actualmente el tratamiento de elección consiste en la administración de faboterápicos, preparados que utilizan el segmento F (ab') de las inmunoglobulinas G, el cual neutraliza la acción de los venenos, ya que tiene actividad específica y no presenta los inconvenientes de la seroterapia habitual.

[...]

Características generales de los alacranes

El cuerpo de los alacranes está dividido en tres partes que son: prosota o cefalotórax; mesosoma o abdomen y metasoma o posabdómen. En esta última porción se encuentra el telson, órgano que contiene la glándula que produce el veneno. Estos artrópodos se encuentran en regiones tropicales y templadas, hasta 50 grados norte y sur del ecuador; viven en sabanas, bosques, desiertos y algunas especies en regiones montañosas. Tienen hábitos nocturnos y durante el día permanecen ocultos en lugares oscuros, ya que el calor y la luz del sol son dañinos para ellos.

[...]

En México, las intoxicaciones por picadura de *Centruroides* son muy importantes ya que se registran más alto índice de morbimortalidad en el mundo. En el cuadro 2 se señalan las tasas de accidentes de 1996 al año 2002.

Los grupos de edad más frecuentemente afectados por *Centruroides* son los escolares y adultos jóvenes; sin embargo, las mayores tasas de mortalidad se presentan en los niños pequeños y ancianos. Los sitios más frecuentemente atacados son los miembros inferiores, aunque también puede ser cualquier otro sitio del cuerpo. Esto es importante, ya que dependiendo de ello y de la rápida instauración del tratamiento, será el pronóstico del accidente, pues los síntomas comienzan dentro de los 20 a 40 minutos después de la picadura.

Efectos del veneno de alacrán

El veneno de los alacranes está compuesto principalmente por polipéptidos, enzimas proteolíticas, proteínas de bajo peso molecular, serotonina y aminoácidos de acción neurotóxica. Es inoculado directamente a la víctima por vía subcutánea y se disemina por vía hematológica; es eliminado por la orina y por la secreción biliar. El veneno de los *Centruroides* contiene dos grupos de péptidos, de los cuales uno de ellos afecta los canales de sodio y el otro bloquea los canales de potasio de las membranas celulares, principalmente del sistema nervioso central y músculo- esquelético. Este bloqueo de los canales de cationes causa la sintomatología, aun cuando la cantidad de veneno que inocula cada alacrán es aproximadamente de 100 a 600 microgramos.

En la aparición de los signos y síntomas intervienen factores tanto ambientales como del artrópodo y de la víctima; éstos pueden ser extrínsecos o intrínsecos, dando como resultado cuadros clínicos diversos que van desde moderados a severos. Entre los actores más importantes de pueden mencionar:

- a) Ambientales: localización de la zona geográfica y época del año.
- b) Del artrópodo: género y especie, edad, tamaño y cantidad de toxina inoculada.
- c) De la víctima: edad, peso, sitio de la picadura y estado general.

Grados de la severidad del cuadro clínico por picadura de alacrán.

Grado I: Envenenamiento leve: paciente asintomático o solamente con dolor local, eritema y parestesias en el área de la picadura.

Grado II: Envenenamiento moderado: paciente con síntomas locales más algún síntoma sistémico, como prurito nasal con ardor, sensación de cuerpo extraño en laringe, sialorrea, disfagia, irritabilidad, taquicardia, disnea y polipnea, fiebre o hipotermia.

Grado III: Envenenamiento severo: nistamug, cianosis, estupor, somnolencia, incremento en el tono muscular, dolor abdominal tipo cólico, hipotensión, edema pulmonar, falla cardíaca y coma.

Medidas de emergencia

- a) Inmovilizar y tranquilizar al paciente.
- b) No dar bebidas fermentadas, alcohol ni estimulantes.
- c) Trasladar al paciente al centro de atención más cercano, lo más rápido posible.

Tratamiento hospitalario

- a) Evaluar el estado general del paciente, tomar oximetría y si la saturación es menor al 92%, administrar oxígeno.
- b) Practicar un electrocardiograma, poniendo atención en el segmento QT.
- c) Medir electrolitos, practicar examen general de orina, biometría hemática y química sanguínea.
- d) Vigilar estrechamente al paciente y mantenerlo hospitalizado durante 2 a 9 horas aproximadamente.
- e) No usar gluconato de calcio, ya que éste agrava el cuadro.
- f) La hidrocortisona y los antihistamínicos se utilizan solamente como preventivos de un choque alérgico por la administración del antisuero.
- g) Se puede utilizar algún antipirético, en caso necesario. Los lactantes y preescolares deben ser observados estrechamente, ya que por su bajo peso corporal pueden presentar cuadros clínicos severos y aun la muerte, por lo que se les debe aplicar el antídoto lo antes posible y las medidas hospitalarias adecuadas.

Antivenenos

Desde los inicios de la terapia con sueros antiveneno, en el siglo XIX hasta la década de los años 30, los antivenenos eran sueros crudos que contenían una gran cantidad de sustancias antigénicas, responsables de gran cantidad de reacciones adversas que en ocasiones llegaban a causar la muerte del paciente por choque alérgico. Estos sueros eran llamados de primera generación. Posteriormente se lograron purificar las inmunoglobulinas, dando origen a los sueros de segunda generación, que originaban menos reacciones adversas, conservándose altas concentraciones de IgG.¹³⁻¹⁵ Actualmente existen los antivenenos de tercera generación o faboterápicos, que utilizan solamente las fracciones F(ab')₂ que reconocen los determinantes antigénicos, por lo que poseen una alta especificidad neutralizante y no provoca las reacciones adversas de los sueros de primera generación.¹⁶⁻¹⁸ Las dosis de estos antivenenos no han sido plenamente estandarizadas, pero la dosis inicial es de 150 U (1 frasco), administrada por vía intravenosa, repitiéndose o incrementándose a 2 frascos en caso necesario y utilizándose también como terapia de sostén. Por lo general es suficiente la administración de dos dosis. [...] Con la faboterapia, las reacciones adversas son esporádicas, pero en caso de que ocurra deberá administrarse adrenalina al 1 x 1,000, antihistamínicos y corticosteroides. La faboterapia es un logro de la tecnología mexicana que se ha comenzado a difundir en el extranjero. ^{18,21} En realidad, la

mayoría de las personas adultas picadas por alacranes no presentan cuadros severos y no es frecuente la muerte, por lo que los tratamientos empíricos y las consejas populares aparentemente dan resultado; sin embargo, éstas no deben ser utilizadas.

Es recomendable: en el caso de niños pequeños que habiten zonas endémicas de ese tipo de accidentes, es válido instituir tratamientos antiveneno, aun cuando no esté identificado plenamente el origen del cuadro ni el sitio de la picadura. No dar de alta a pacientes que presenten fasciculaciones linguales, hasta que éstas desaparezcan. En caso de embarazo, independientemente de la edad gestacional, se debe aplicar el antídoto antialacrán para evitar abortos o partos prematuros, además de estar protegiendo la vida de la madre. No existe un límite a la dosis del antídoto y se deben aplicar las dosis necesarias.

Durante la intoxicación por el veneno del alacrán, el calcio sérico se encuentra elevado, por lo que el gluconato de calcio carece de utilidad. Asimismo, el uso de la atropina es riesgoso, por potencializar el efecto de las toxinas y producir íleo paralítico severo. El esquema propuesto de la faboterapia está basado en la experiencia clínica y de laboratorio experimental obtenida en más de 180 000 casos que no mostraron reacciones, como la enfermedad del suero o choques anafilácticos.

ANÁLISIS DEL CASO

Tomando en consideración lo ya aclarado por parte del Dr. Sergio Manuel Flores Santillán, en donde se establece como causa de muerte **COMPLICACIÓN POR PICADURA DE ALACRÁN**, hemos de considerar que sí se observa responsabilidad médica de tipo impericia, ya que en su ingreso del paciente al Hospital de Zoquipan no se consideró el cuadro clínico correlacionado con una picadura de alacrán, que aunque se refiere el cuadro clínico era inespecífico y se tenía como un diagnóstico diferencial la picadura de alacrán, mas sin embargo nunca se manejó el antídoto para la picadura de alacrán, pese a que según la literatura siempre que se sospeche de una picadura de alacrán se deberá de administrar el suero antialacrán, aunque el cuadro clínico no se encuentre claro, sino que en todo momento se consideró como principal diagnóstico una **INTOXICACIÓN POR AGENTE QUÍMICO (ORGANOFOSFORADOS)**, y al encontrarse dando manejo para ese tipo de intoxicación, se dejó que evolucionara el cuadro clínico de picadura de alacrán hasta que tres horas previas a su fallecimiento del menor se decidió la administración del suero antialacrán, cuando ya el cuadro clínico se encontraba bastante evolucionado, en base a lo anterior podemos determinar lo siguiente:

CONCLUSIONES

1.- Que sí se observó responsabilidad médica por parte del personal de Hospital de Zoquipan, que brindó la atención al menor [agraviado], encontrando una impericia en la atención médica...

III. MOTIVACIÓN Y FUNDAMENTACIÓN

Análisis de pruebas y observaciones

Al analizar los hechos y las evidencias que obran en el expediente de queja, se advierte que el menor de edad [agraviado] fue presentado por los señores [quejosa] y [quejoso], para que recibiera atención médica en el área de urgencias del HGO, aproximadamente a las 1:00 horas del 16 de abril de 2006, ya que súbitamente enfermó, y aunque sus padres informaron al médico Omar Enríquez Cisneros que en la casa donde entonces habitaban había muchos alacranes, no fue tomado en cuenta su comentario y el mismo doctor les mencionó que el niño no presentaba síntomas derivados de una picadura de alacrán, por lo que en lugar de otorgarle tratamiento para ello, se le practicó un lavado gástrico.

Este organismo estima que los hechos narrados en el párrafo que antecede derivaron de manera esencial en la violación de los derechos humanos a la salud y a la vida del menor de edad [agraviado], por la falta de pericia médica y por la negligencia en que incurrió el personal del citado nosocomio que tuvo bajo su responsabilidad su atención médica durante las primeras horas posteriores a su ingreso al hospital. Lo anterior, debido a que como quedó asentado en el acta de queja, los inconformes padres del niño al momento de ingresarlo al HGO le informaron con oportunidad al médico residente Omar Enríquez Cisneros, que había la posibilidad de que el niño hubiera sido víctima de una picadura de alacrán; hecho que fue reconocido por el galeno citado y por su compañero Lorenzo Gutiérrez Cobián, al momento de rendir su informe de ley, en el que, al hacer referencia al interrogatorio que le hicieron a la madre del niño, asentaron:

... Se le pregunta si el paciente tiene acceso a medicamentos o sustancias tóxicas o exposición a animales ponzoñosos y refiere que en su casa hay alacranes, sin especificar si lo había picado alguno, y que cuenta con insecticidas sin especificar de qué tipo, por tal motivo se pide al familiar que vaya a su casa para traer dichos insecticidas o buscar algún medicamento que el paciente pudiera haber ingerido...

La citada información fue reiterada por los médicos en la correspondiente nota médica de ingreso a urgencias elaborada a las 2:00 horas del 16 de abril de 2006,

en la que, en el subrubro de “antecedentes personales no patológicos”, se asentó: “Habitan en casa propia la cual está hecha de ladrillo y cemento con 2 cuartos, donde habitan 4 adultos y 2 niños, cuentan con servicio de agua, luz y drenaje, cuenta con fauna nociva (cucarachas, alacranes) y domésticos (perro)”, en tanto que en el subrubro de “comentario” se dejó establecido:

Paciente masculino el cual acude por presentar sintomatología de intoxicación por organofosforados, usualmente la intoxicación por este tipo de insecticidas es por la vía oral y de forma accidental [...] En caso de sospecha de este tipo de intoxicación el tratamiento no debe hacerse esperar, iniciando con lavado gástrico, favoreciendo la emesis y atropinizando, para bloquear el efecto de la acetilcolina. [...] El diagnóstico diferencial debe hacerse con gastroenteritis o en este caso con intoxicación por picadura de alacrán, ya que la madre refiere fauna nociva con este tipo de insectos en su casa...

Sin embargo, no estimaron pertinente aplicar el antídoto correspondiente para contrarrestar la supuesta picadura de alacrán, sino hasta que descartaran su diagnóstico de intoxicación por organofosforados, y sólo iniciaron tratamiento con el citado lavado gástrico y con la aplicación de atropina (antecedentes y hechos 1 y 5, evidencias 1, incisos a y b).

Como consecuencia, la salud del menor de edad fue en deterioro y una vez que ambos médicos concluyeron su turno, ingresó a cubrir su servicio el médico Juan Arturo Ocampo Navarro, quien al rendir su informe de ley dijo que a la fecha en que ocurrieron los actos motivo de queja se desempeñaba como residente de tercer año de la especialidad en pediatría en el HGO, por lo que le correspondía estar bajo la supervisión de los médicos de base especialistas en pediatría del hospital, y durante las guardias se encontraba como supervisor a cargo de los médicos residentes de urgencias en pediatría.

Agregó que recibió la guardia a las 8:00 horas del 16 de abril de 2006, en donde se le informó del estado de salud de los pacientes internados, entre ellos el de [agraviado], y que a las 11:00 horas del mismo día giró indicaciones, sin especificar cuáles, sólo que las había señalado en su reporte de visita inicial. Asimismo, afirmó que a las 12:00 horas de esa misma fecha indicó que se administrara suero antialacrán al paciente, y que estuvo constantemente informado sobre su estado de salud por parte del personal a su cargo. Además, dijo que a las 2:30 horas del 17 de abril de 2006, el paciente no toleraba respirar por sus propios medios, por lo que indicó de manera inmediata secuencia de

intubación rápida, y luego presentó paro cardiorrespiratorio, por lo que inició maniobras de reanimación de acuerdo con protocolos establecidos durante dos minutos, con respuesta satisfactoria, por lo que se inició ventilación mecánica. Añadió que más tarde acudió a un llamado urgente para la valoración del menor citado, y se iniciaron maniobras de reanimación de acuerdo con normas establecidas durante 40 minutos, sin respuesta favorable, por lo que declaró la hora de su defunción a las 7:10 del 17 de abril de 2006 (antecedes y hechos 6).

Sin embargo, el contenido de dicho informe se contradice con la versión de hechos de la señora [quejosa], quien aseguró que el doctor Juan Arturo Ocampo Navarro indicó que se le suministrara el suero antialacrán a su hijo hasta las 21:00 horas del 16 de abril de 2006 (antecedentes y hechos 1), así como con las anotaciones del propio galeno que obran en el expediente clínico, pues en la nota de evolución matutina realizada a las 12:00 horas del 16 de abril de 2006, sólo consideró valorar el inicio de suero antialacrán, pero refirió que mientras tanto se continuaría con manejo de atropina hasta obtener resultados de colinesterasa (evidencia 1, inciso e); sin embargo, no fue hasta las 19:30 horas del mismo día cuando suspendió la aplicación de atropina e indicó la aplicación del citado suero tras diagnosticar alacranismo, según quedó plasmado en la nota de evolución vespertina de las 19:30 horas del 16 de abril de 2006 (evidencia 1, inciso g). Durante la guardia nocturna del 17 de abril de 2006 se estableció la aplicación de dos sueros antialacrán, con respuesta vaga (evidencia 1, inciso i), y falleció el paciente a las 7:10 horas del 17 de abril del mismo año. Se estableció como una de las probables causas de la muerte intoxicación de origen por determinar. Sin embargo, después del resultado de la necropsia practicada al cadáver de [agraviado] estableció que la causa de la muerte se debió a choque anafiláctico secundario a picadura de alacrán (evidencia 2).

Como consecuencia, se concluye que la prestación de servicios médicos otorgada al paciente desde su ingreso al área de urgencias del HGO fue inadecuada y carente de pericia para establecer el tratamiento correcto que debió aplicarse al niño, según se especifica en el contenido del dictamen de responsabilidad médica emitido por los peritos del IJCF, quienes establecieron como prioridad la aplicación del suero contra la picadura de alacrán, aun cuando no esté identificado plenamente el origen del cuadro, ni el sitio de la picadura.

Lo anterior se robustece con el informe rendido por los doctores Omar Enrique Cisneros y Lorenzo Gutiérrez Cobián, residentes de tercero y segundo año, respectivamente, de pediatría en el HGO, quienes admitieron que la madre del paciente les informó que en su casa había alacranes "... sin especificar si lo había picado alguno, y que cuenta con insecticidas sin especificar de qué tipo", por lo que se le pidió a un familiar que fuera a traer los insecticidas o buscar algún medicamento que el paciente pudiera haber ingerido, pero regresó después de cuatro horas. También precisaron que se tenía como diagnóstico diferencial la intoxicación por picadura de alacrán, y que su guardia concluyó a las 8:00 horas del 16 de abril de 2006. Sin embargo, en las constancias del expediente clínico no se advierte que hubieran dejado alguna indicación para que se le suministrara suero antialacrán.

Por lo anterior, se concluye que el menor de edad [agraviado] fue atendido únicamente por médicos residentes en el área de urgencias del HGO, quienes iniciaron tratamiento por probable intoxicación por un agente indeterminado, sin prestar atención a la información dada por los padres del niño sobre la posible picadura de alacrán, lo que a la postre fue la causa de muerte según se advierte del resultado de la autopsia (evidencia 2). Además, dicha situación fue considerada en el dictamen de responsabilidad médica emitido por los peritos del IJCF como impericia en el manejo del paciente, ya que si bien es cierto que en el expediente clínico se estableció como diagnóstico diferencial la picadura de alacrán, no se aplicó de manera prioritaria el antídoto, y dejó evolucionar el cuadro durante aproximadamente diecisiete y media horas después de su ingreso al hospital, hasta que por fin se decidió aplicar el suero antialacrán, cuando ya el cuadro clínico se encontraba bastante evolucionado (evidencia 3).

Por otra parte, según las anotaciones médicas consignadas en el expediente clínico, a partir de las 2:30 y hasta las 19:30 horas del 16 de abril de 2006, en diversas ocasiones se le suministró atropina al menor [agraviado], cuya aplicación, según el dictamen emitido por los peritos médicos del IJCF, es riesgosa en casos de picadura de alacrán, al potenciar el efecto de las toxinas y producir íleo paralítico severo. Por ese motivo determinaron que hubo impericia en el personal que intervino en la atención médica brindada al paciente, ya que desde el primer interrogatorio realizado a la madre, ésta señaló que en su domicilio había muchos alacranes, y que probablemente le había picado uno. Aunque no se tenía certeza plena de que eso hubiera ocurrido, sí existía la

presunción, por lo que, según lo asentado en el dictamen de referencia, la literatura médica establece que siempre que se sospeche de una picadura de alacrán deberá administrarse el suero antialacrán, sin importar que el cuadro clínico no se encuentre claro como en este caso, con lo cual se violó el derecho a la protección de la salud y a la vida (evidencias 1, incisos c y g, y 3).

No pasa inadvertido para esta institución que conforme lo establece la NOM-090-1994, para la organización y funcionamiento de las residencias médicas, los residentes que reciben la enseñanza de posgrado correspondiente a su especialidad deberán estar bajo la dirección, asesoría y supervisión de los profesores, quienes cuentan con mayor experiencia en el manejo del paciente. Sin embargo, de acuerdo con la información rendida por el director del HGO, en la fecha del percance, el médico Ramiro Figueroa Loza, especialista pediatra que cubría las guardias de los sábados, domingos y días festivos en el horario de las 8:00 a las 20:00 horas, se encontraba de vacaciones. El que no hubiera otro médico pediatra de base, y el que los residentes Omar Enríquez Cisneros, Lorenzo Gutiérrez Cobián y Juan Arturo Ocampo Navarro no tuvieran la iniciativa de realizar alguna interconsulta con médicos o especialistas de otras áreas del hospital, ocasionó que la atención del paciente [agraviado] recayera en dichos residentes, quienes dieron prioridad al diagnóstico de probable intoxicación por organofosforados, tratamiento que, como ya se dijo, no fue el adecuado y puso en evidencia su falta de pericia.

Por otra parte, de la investigación realizada por esta Comisión en el HGO se desprende que el nosocomio no contaba con personal especializado de base para otorgar orientación y dirección al tratamiento médico por parte de los residentes de pediatría. Con ello se incumplió el contenido de la norma oficial mexicana citada, lo cual puso en riesgo la salud de los pacientes.

Además, de la información rendida por el doctor Enrique Rábago Solorio, director del HGO, en las guardias de sábado, domingo y días festivos se observa que ese nosocomio solamente cuenta con dos médicos de base en el turno nocturno: el cirujano Juan Rivera Romero y el anestesiólogo Alfredo Ruiz Rojas, ya que el demás personal de base de guardia en esos días tiene horario de 7:00 a 19:00 horas y de 8:00 a 20:00 horas, excepto la doctora Ana Karina Osuna Chávez, cuyo horario es variable (antecedentes y hechos 18). Entonces, las guardias nocturnas en las diversas especialidades que se atienden carecen de

médicos de base que se hagan responsables del paciente y que asesoren y dirijan la práctica médica de los residentes. Esto implica una deficiencia en la atención de los pacientes, que derivó en la violación de los derechos a la salud y a la vida de [agraviado], por deficiencia, retraso e inadecuada prestación del servicio y, en consecuencia, la transgresión de los siguientes ordenamientos de derecho interno e instrumentos internacionales:

DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

A. Definición.

Es la prerrogativa que tiene todo ser humano a disfrutar del bienestar físico y mental, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades, prolongación y mejoramiento de la calidad de vida humana, accediendo a los servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población.

[...]

C. Bien jurídico protegido

La salud

D. Sujetos

1. Titulares. Todo ser humano.
2. Obligados. Cualquier servidor público o particulares que actúen bajo la anuencia o tolerancia de los primeros.¹

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Artículo 4°.

[...]

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud.

[...]

¹ José Luis Soberanes Fernández, *Manual para la calificación de hechos violatorios de los derechos humanos*, pp. 307 y 308, editorial Porrúa y Comisión Nacional de los Derechos Humanos, México, 2008.

Los niños y las niñas tienen derecho a la satisfacción de sus necesidades de alimentación, salud, educación y sano esparcimiento para su desarrollo integral.

No sólo en la legislación interna se reconoce este derecho, sino que su sanción también se encuentra prevista en diversos instrumentos internacionales, que, de conformidad con el artículo 133 de nuestra Carta Magna y 4º de la Constitución Política del Estado de Jalisco, son ley suprema de la unión y de nuestra entidad, conforme a los siguientes razonamientos:

El artículo 133 dispone:

Esta Constitución, las leyes del Congreso de la Unión que emanen de ella y todos los Tratados que estén de acuerdo con la misma, celebrados y que se celebren por el Presidente de la República, con aprobación del Senado, serán la Ley Suprema de toda la Unión. Los jueces de cada Estado se arreglarán a dicha Constitución, leyes y tratados, a pesar de las disposiciones en contrario que pueda haber en las Constituciones o leyes de los Estados.

Por su parte, el artículo 4º establece:

Artículo 4. [...]

Se reconocen como derechos de los individuos que se encuentren en el territorio del Estado de Jalisco, los que se enuncian en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como los contenidos en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas y los tratados, convenciones o acuerdos internacionales que el Gobierno Federal haya firmado o de los que celebre o forme parte.

El pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, en sus tesis relativas a la jerarquía de las normas jurídicas en México, derivadas de la interpretación del artículo 133 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, ha emitido un criterio que se transcribe bajo los siguientes rubros:

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

Persistentemente en la doctrina se ha formulado la interrogante respecto a la jerarquía de normas en nuestro derecho. Existe unanimidad respecto de que la Constitución Federal es la norma fundamental y que aunque en principio la expresión "... serán la Ley Suprema de toda la Unión..." parece indicar que no sólo la Carta Magna es la suprema, la objeción es superada por el hecho de que las leyes deben emanar de la Constitución y ser aprobadas por un órgano constituido, como lo es el Congreso de la Unión y de que los tratados deben estar de acuerdo con la Ley Fundamental, lo que claramente indica que sólo la Constitución es la Ley Suprema. El problema respecto a la jerarquía de las demás normas del sistema, ha encontrado en la jurisprudencia y en la doctrina distintas soluciones, entre las que destacan: supremacía del derecho federal frente al local y misma jerarquía de los dos, en sus variantes lisa y llana, y con la existencia de "leyes constitucionales", y la de que será ley suprema la que sea calificada de constitucional. No obstante, esta Suprema Corte de Justicia considera que los tratados internacionales se encuentran en un segundo plano inmediatamente debajo de la Ley Fundamental y por encima del derecho federal y el local. Esta interpretación del artículo 133 constitucional, deriva de que estos compromisos internacionales son asumidos por el Estado mexicano en su conjunto y comprometen a todas sus autoridades frente a la comunidad internacional; por ello se explica que el Constituyente haya facultado al presidente de la República a suscribir los tratados internacionales en su calidad de jefe de Estado y, de la misma manera, el Senado interviene como representante de la voluntad de las entidades federativas y, por medio de su ratificación, obliga a sus autoridades. Otro aspecto importante para considerar esta jerarquía de los tratados, es la relativa a que en esta materia no existe limitación competencial entre la Federación y las entidades federativas, esto es, no se toma en cuenta la competencia federal o local del contenido del tratado, sino que por mandato expreso del propio artículo 133 el presidente de la República y el Senado pueden obligar al Estado mexicano en cualquier materia, independientemente de que para otros efectos ésta sea competencia de las entidades federativas. Como consecuencia de lo anterior, la interpretación del artículo 133 lleva a considerar en un tercer lugar al derecho federal y al local en una misma jerarquía en virtud de lo dispuesto en el artículo 124 de la Ley Fundamental, el cual ordena que las facultades que no están expresamente concedidas por esta Constitución a los funcionarios federales, se entienden reservadas a los Estados. No se pierde de vista que en su anterior conformación, este Máximo Tribunal había adoptado una posición diversa en la tesis P. C/92, publicada en la Gaceta del Semanario Judicial de la Federación, número 60, correspondiente a diciembre de 1992, página 27, de rubro: LEYES FEDERALES Y TRATADOS INTERNACIONALES. TIENEN LA MISMA JERARQUÍA NORMATIVA; sin embargo, este Tribunal Pleno considera oportuno abandonar tal criterio y asumir el que considera la jerarquía superior de los tratados incluso frente al derecho federal.²

TRATADOS INTERNACIONALES. SON PARTE INTEGRANTE DE LA LEY SUPREMA DE LA UNIÓN Y SE UBICAN JERÁRQUICAMENTE POR ENCIMA DE

² Tesis aislada P. LXXVII/99, novena época, pleno, publicada en el *Semanario Judicial de la Federación* y su Gaceta, X, noviembre de 1999, página 46.

LAS LEYES GENERALES, FEDERALES Y LOCALES. INTERPRETACIÓN DEL ARTÍCULO 133 CONSTITUCIONAL. La interpretación sistemática del artículo 133 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos permite identificar la existencia de un orden jurídico superior, de carácter nacional, integrado por la Constitución Federal, los tratados internacionales y las leyes generales. Asimismo, a partir de dicha interpretación, armonizada con los principios de derecho internacional dispersos en el texto constitucional, así como con las normas y premisas fundamentales de esa rama del derecho, se concluye que los tratados internacionales se ubican jerárquicamente abajo de la Constitución Federal y por encima de las leyes generales, federales y locales, en la medida en que el Estado Mexicano al suscribirlos, de conformidad con lo dispuesto en la Convención de Viena Sobre el Derecho de los Tratados entre los Estados y Organizaciones Internacionales o entre Organizaciones Internacionales y, además, atendiendo al principio fundamental de derecho internacional consuetudinario *pacta sunt servanda*, contrae libremente obligaciones frente a la comunidad internacional que no pueden ser desconocidas invocando normas de derecho interno y cuyo incumplimiento supone, por lo demás, una responsabilidad de carácter internacional.³

En consecuencia, la interpretación del artículo 133 constitucional lleva a considerar en un tercer lugar al derecho federal y al local en una misma jerarquía, en virtud del artículo 124 de la Ley Fundamental, que ordena: “Las facultades que no están expresamente concedidas por esta Constitución a los funcionarios federales, se entienden reservadas a los Estados.” No se pierde de vista que en su anterior integración, ese máximo tribunal había adoptado una posición distinta, en el rubro que dice: “Leyes federales y tratados internacionales, tienen la misma jerarquía.”⁴ Sin embargo, el pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación consideró oportuno abandonar tal criterio y asumir el que considera la jerarquía superior de los tratados internacionales frente al derecho federal y local.

A las interpretaciones y argumentaciones anteriores habría que agregar el análisis del artículo 4º de la Constitución Política del Estado de Jalisco, que complementa y clarifica la recepción y aplicación del derecho internacional de los derechos humanos en el ámbito interno, ya que de manera literal reconoce como parte del catálogo de derechos los contenidos en los diversos instrumentos

³ Tesis aislada P. IX/2007, novena época, pleno, publicada en el *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, número XXV, abril de 2007, página 6.

⁴ Tesis aislada P. C/92, octava época, pleno, publicada en el *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, número 60, diciembre de 1992, página 27.

internacionales que el gobierno federal haya suscrito y ratificado, que se analizarán puntualmente en los conceptos de violación del caso concreto.

Encontramos entonces que el derecho a la salud encuentra su fundamentación en acuerdos y tratados internacionales, como los siguientes:

Declaración Universal de Derechos Humanos, adoptada y proclamada por la ONU en su resolución 217 A (III), París, Francia, el 10 de diciembre de 1948:

Artículo 25.

1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios...

Convención sobre los Derechos del Niño, aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989, ratificada por México el 21 de septiembre de 1990:

Artículo 6

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

[...]

Artículo 24

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

Declaración de los Derechos del Niño, adoptada por la Asamblea General de la ONU en su resolución 1386 (XIV) el 20 de noviembre de 1959.

Principio IV.

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

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, adoptado por la Asamblea General de la ONU el 16 de diciembre de 1966, aprobado por el Senado mexicano el 18 de diciembre de 1980:

Artículo 12.

1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.
2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:
 - a) La reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;
 - b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;
 - c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;
 - d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales Protocolo de San Salvador, adoptado por la OEA el 17 de noviembre de 1988, aprobado por el Senado mexicano el 12 de diciembre de 1995:

Artículo 10. Derecho a la salud.

1. Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.

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

Artículo 2°. El derecho a la protección de la salud tiene las siguientes finalidades: I. El bienestar físico y mental del hombre, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades; II. La prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana [...] V. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población...

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

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

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

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

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

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

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

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

Artículo 2°. Son finalidades de la presente ley: [...] V. El acceso a los servicios de salud que satisfagan eficaz y oportunamente, las necesidades de la población.

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

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

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

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

I. Cumplir con la máxima diligencia el servicio que le sea encomendado, y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause la suspensión o deficiencia de dicho servicio o implique abuso o ejercicio indebido de su empleo, cargo o comisión.

La NOM-090-SSA1-1994 para la organización y funcionamiento en las residencias médicas, prevé:

10.3 Durante su adiestramiento clínico quirúrgico, los médicos residentes participarán en el estudio y tratamiento de los pacientes que se les encomienden, siempre sujetos a las indicaciones y a la supervisión de los médicos adscritos a la unidad médica receptora de residentes.

DERECHO A LA VIDA

A. Definición.

Es la prerrogativa que tiene todo ser humano de disfrutar del ciclo que inicia con la concepción y termina con la muerte, sin que sea interrumpido por algún agente externo.

[...]

C. Bien jurídico protegido.

La vida, entendiendo a ésta como la continuación natural del ciclo vital que inicia con la concepción y termina hasta antes de que se produzca la muerte.

D. Sujetos.

1. Titulares. Todo ser humano.
2. Obligados. Cualquier servidor público o particulares que actúen bajo la anuencia o tolerancia de los primeros, mediante acciones u omisiones, directa o indirectamente, que vulneren la seguridad jurídica del titular del derecho en cuanto al estricto cumplimiento del orden jurídico por parte del Estado.⁵

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

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

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

La Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José), adoptada en San José de Costa Rica el 22 de noviembre de 1969, en la Conferencia Especializada Interamericana sobre Derechos Humanos, en vigor el 18 de julio de 1978, aprobada por el Senado de la República el 18 de diciembre de 1980; ratificada por México el 24 de marzo de 1981 y publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 7 de mayo de 1981, dispone: “Artículo. 4.1. Toda

⁵ José Luis Soberanes Fernández, *Manual para la calificación de hechos violatorios de los derechos humanos*, pp. 263, editorial Porrúa y Comisión Nacional de los Derechos Humanos, México, 2008.

persona tiene derecho a que se respete su vida. Este derecho estará protegido por la ley y, en general, a partir del momento de la concepción. Nadie puede ser privado de la vida arbitrariamente.”

REPARACIÓN DEL DAÑO

Este organismo sostiene que la violación del derecho a la protección de la salud, con las consecuencias fatales que en este caso se dieron, como fue la muerte del niño [agraviado], merece una justa reparación del daño como acto simbólico y elemento fundamental para crear conciencia del principio de responsabilidad. Es una forma de enmendar simbólicamente una omisión atribuida a servidores públicos y un reconocimiento del derecho de las víctimas y de la persona.

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

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

La Convención Americana sobre Derechos Humanos, ratificada por México el 24 de marzo de 1981 y publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 7 de mayo de 1981, establece la creación de la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), cuya jurisdicción ha sido igualmente aceptada por nuestro país a partir de 1998. Dicho organismo tiene como funciones: “63.1... Dispondrá asimismo, si ello fuera procedente, que se reparen las consecuencias de la medida o situación que ha configurado la vulneración de esos derechos y el pago de una justa indemnización a la parte lesionada...”

La CIDH es el órgano autorizado por la propia convención para realizar estudios y jurisprudencias sobre los derechos que esta última garantiza. Por ello, su interpretación jurisprudencial de los casos puestos a su consideración es una

referencia obligatoria para México como Estado miembro de la OEA, que ha reconocido la jurisdicción de la Corte para la resolución de asuntos análogos en los que se hayan sentado precedentes.

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

Respecto de la obligación de reparar el daño, es conveniente invocar el punto 25 de la obra *Repertorio de Jurisprudencia del Sistema Interamericano de Derechos Humanos*, tomo II, Centro de Derechos Humanos y Derecho Internacional Humanitario, Washington College of Law American University, Washington, 1998, que dice:

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

En su punto 44 asienta:

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

El punto 49 establece:

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

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

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

El punto 27 reza:

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

El punto 16 menciona:

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

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

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

Los criterios para la liquidación del lucro cesante y el daño moral se expresan con claridad en el punto 87: “En el presente caso, la Corte ha seguido los precedentes mencionados. Para la indemnización del lucro cesante ha efectuado

una apreciación prudente de los daños, y para la del daño moral ha recurrido a los principios de equidad.”

En cuanto a los titulares o beneficiarios de la indemnización (víctimas), sostiene el punto 38: “La Corte ha expresado en casos anteriores que la indemnización que se debe pagar por haber sido alguien arbitrariamente privado de su vida, es un derecho que corresponde a quienes resultan directamente perjudicados por ese hecho.”

El deber de sancionar a los responsables es tema del punto 61: “Respecto a la continuación del proceso para la investigación de los hechos y la sanción de las personas responsables, esa es una obligación que corresponde al Estado siempre que haya ocurrido una violación de los derechos humanos, y esa obligación debe ser cumplida seriamente y no como una mera formalidad.”

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

V. Obligación de reparar.

40. En materia de reparaciones es aplicable el artículo 63.1 de la Convención Americana, el cual recoge uno de los principios fundamentales del derecho internacional general, reiteradamente desarrollado por la jurisprudencia [...]. Al producirse un hecho ilícito imputable a un Estado, surge responsabilidad internacional de éste por la violación de una norma internacional, con el consecuente deber de reparación.

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

42. La obligación de reparación establecida por los tribunales internacionales se rige, como universalmente ha sido aceptado, por el derecho internacional en todos sus aspectos, su alcance, su naturaleza, sus modalidades y la determinación de los beneficiarios, nada de lo cual puede ser modificado por el Estado obligado invocando para ello disposiciones de su derecho interno...

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

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

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

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

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

11. Cuando funcionarios públicos u otros agentes que actúen a título oficial o cuasioficial hayan violado la legislación penal nacional, las víctimas serán resarcidas por el Estado cuyos funcionarios o agentes hayan sido responsables de los daños causados...

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

El principio de “reserva de actuación”, mediante el cual el Estado puede hacer sólo lo que la ley le marque, no puede ser invocado en este caso para ceñirse estrictamente o limitarse a lo que la legislación estatal refiere. En este sentido, es la voluntad del Estado mexicano de reconocer en los términos de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, la competencia contenciosa de la CIDH, que lo obliga a aceptar la interpretación que de los artículos de la Convención haga dicho órgano.

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

Título cuarto. De las responsabilidades de los servidores públicos y patrimonial del Estado.

[...]

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

En tanto que la Constitución Política del Estado de Jalisco, en su artículo 107 bis dispone:

La responsabilidad del Estado y de los municipios por los daños que, con motivo de su actividad administrativa irregular, causen a los bienes o derechos de los particulares, será objetiva y directa. Los particulares tendrán derecho a una indemnización conforme a las bases, límites y procedimientos que establezcan las leyes.

En consecuencia, el Congreso del Estado de Jalisco, mediante decreto 20089,

expidió la Ley de Responsabilidad Patrimonial del Estado de Jalisco y sus Municipios, aprobada el 20 de agosto de 2003 y publicada el 11 de septiembre de 2003, con vigencia desde el 1 de enero de 2004.

Dicha ley regula en esencia la responsabilidad objetiva y directa del Estado en los daños que cause por su actividad administrativa irregular en los bienes o derechos de los particulares, quienes podrán exigir una indemnización conforme lo establece el citado ordenamiento en sus artículos 1º, 2º, fracciones I y II; 4º, 5º, 7º, 8º, 11, fracciones I, incisos a y b, y II; 12, 13, 14, 16, 19 y 20.

En el presente caso se evidenció que por no encontrarse ningún médico de base en el área de urgencias del HGO el día en que ocurrieron los hechos motivo de la queja, el menor de edad [agraviado] fue atendido por médicos residentes, quienes por la falta de pericia no le otorgaron la atención médica oportuna y adecuada que requería, lo que finalmente derivó en su fallecimiento. Así se vio afectada cualquier aspiración y potencialidad del niño, por lo que ante dicha actividad administrativa irregular, corresponde al Estado indemnizar de manera directa y objetiva por los daños y perjuicios causados.

Lo anterior se sustenta además en la teoría de reparación del daño al proyecto de vida por violaciones de derechos humanos, desarrollado por la Corte Interamericana de Derechos Humanos en su sentencia del 27 de noviembre de 1998, al resolver el caso Loayza Tamayo, y que en los puntos 147, 148, 150 y 151 establece:

147. Por lo que respecta a la reclamación de daño al “proyecto de vida”, conviene manifestar que este concepto ha sido materia de análisis por parte de la doctrina y la jurisprudencia recientes. Se trata de una noción distinta del “daño emergente” y el “lucro cesante”. Ciertamente no corresponde a la afectación patrimonial derivada inmediata y directamente de los hechos, como sucede en el “daño emergente”. Por lo que hace al “lucro cesante”, corresponde señalar que mientras éste se refiere en forma exclusiva a la pérdida de ingresos económicos futuros, que es posible cuantificar a partir de ciertos indicadores mensurables y objetivos, el denominado “proyecto de vida” atiende a la realización integral de la persona afectada, considerando su vocación, aptitudes, circunstancias, potencialidades y aspiraciones, que le permiten fijarse razonablemente determinadas expectativas y acceder a ellas.

148. El “proyecto de vida” se asocia al concepto de realización personal, que a su vez se sustenta en las opciones que el sujeto puede tener para conducir su vida y alcanzar el

destino que se propone. En rigor, las opciones son la expresión y garantía de la libertad. Dificilmente se podría decir que una persona es verdaderamente libre si carece de opciones para encaminar su existencia y llevarla a su natural culminación. Esas opciones poseen, en sí mismas, un alto valor existencial. Por lo tanto, su cancelación o menoscabo implican la reducción objetiva de la libertad y la pérdida de un valor que no puede ser ajeno a la observación de esta Corte.

150. En tal virtud, es razonable afirmar que los hechos violatorios de derechos impiden u obstruyen seriamente la obtención del resultado previsto y esperado, y por ende alteran en forma sustancial el desarrollo del individuo. En otros términos, el “daño al proyecto de vida”, entendido como una expectativa razonable y accesible en el caso concreto, implica la pérdida o el grave menoscabo de oportunidades de desarrollo personal, en forma irreparable o muy difícilmente reparable. Así, la existencia de una persona se ve alterada por factores ajenos a ella, que le son impuestos en forma injusta y arbitraria, con violación de las normas vigentes y de la confianza que pudo depositar en órganos del poder público obligados a protegerla y a brindarle seguridad para el ejercicio de sus derechos y la satisfacción de sus legítimos intereses.

151. Por todo ello, es perfectamente admisible la pretensión de que se repare, en la medida posible y con los medios adecuados para ello, la pérdida de opciones por parte de la víctima, causada por el hecho ilícito. De esta manera la reparación se acerca más aún a la situación deseable, que satisface las exigencias de la justicia: plena atención a los perjuicios causados ilícitamente, o bien, puesto en otros términos, se aproxima al ideal de la *restitutio in integrum*.

Es preciso señalar que conforme al artículo 133 constitucional, los tratados que se citaron obligan y tienen jerarquía después de lo dispuesto en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Por ello, la legislación común no puede esgrimirse de ninguna forma a favor de que se evada lo preceptuado en un tratado internacional por la violación de derechos humanos, como en el caso acontece, sino al contrario, debe ser cubierta dicha reparación como un acto de reconocimiento y respeto a los derechos humanos. Se apela a la buena fe, a la moral, a la ética y a la responsabilidad solidaria que el Gobierno del Estado debe tener frente a los pacientes de las instituciones públicas que operan con patrimonio otorgado por el Estado, cuando se les causan daños o perjuicios con motivo de una omisión por parte de sus funcionarios, en congruencia con la obligación constitucional y legal de conducirse con la lealtad debida al pueblo, titular originario de la soberanía, en los términos del artículo 39 de la Constitución Política de los Estados Unidos

Mexicanos. La indemnización deberá cubrirse con independencia de la reparación del daño derivada de resoluciones de carácter jurisdiccional.

Conforme a los criterios expuestos, esta Comisión Estatal de Derechos Humanos considera obligado el pago de la reparación del daño, en forma directa y objetiva, por parte de la Secretaría de Salud Jalisco, a favor de la señora [quejosa], madre del directo agraviado [agraviado]. El daño material deberá cubrirse de conformidad con los artículos 2º, 161, 1387, 1390 y 1396 del Código Civil del Estado de Jalisco, en relación con los artículos 500 y 502 de la Ley Federal del Trabajo; el daño moral, según los artículos 24, 25, 26, 28, fracción I; 34, 1391 y 1393 del código antes citado, deberá corresponder por lo menos a un tanto igual a la indemnización que por concepto de daño material se le otorgue.

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

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

DE LA RESPONSABILIDAD DE LOS MÉDICOS RESIDENTES

De conformidad con lo establecido en los artículos 3º y 16, fracción VI, de la Ley para los Servidores Públicos del Estado de Jalisco y sus Municipios, los médicos residentes del HGO tienen el carácter de servidores públicos bajo la calidad de becarios, puesto que el primero de dichos dispositivos establece: “Para los efectos de esta Ley, los servidores públicos se clasifican en: [...] IV. Becario”.

Al respecto, el artículo 16 dispone: “Los nombramientos de los servidores públicos pueden ser: [...] VI. Beca, cuando se expida por tiempo determinado para la capacitación o adiestramiento del becario en alguna actividad propia de la administración pública estatal o municipal”.

Bajo tales circunstancias, a los médicos residentes involucrados en la queja les resulta aplicable lo dispuesto en el artículo 61, fracción I, de la Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Jalisco, que refiere:

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

I. Cumplir con la máxima diligencia el servicio que le sea encomendado, y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause la suspensión o deficiencia de dicho servicio o implique abuso o ejercicio indebido de su empleo, cargo o comisión.

Asimismo, este organismo estima pertinente poner en conocimiento de estos hechos a la Procuraduría General de Justicia del Estado para que deslinde la responsabilidad penal a que pudieran ser sujetos, ya que de las investigaciones practicadas por este organismo y de las constancias que integran la presente queja, se presume la comisión de un acto ilícito previsto en el artículo 160 del Código Penal del Estado, que señala:

Artículo 160. Se impondrá de un mes a dos años de suspensión en el ejercicio de la profesión y multa por el equivalente de quinientos a mil días de salario mínimo, a los médicos, cirujanos y demás profesionistas similares o auxiliares, por el daño físico o moral que causen por dolo o culpa en la práctica de su profesión.

Las penas señaladas en el párrafo anterior, se aplicarán además de las sanciones fijadas para los delitos que resulten consumados. En caso de reincidencia, la sanción deberá elevarse hasta dos tercios.

Por lo expuesto, y con fundamento en los artículos 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 4º, y 10 de la Constitución de Jalisco; 7º, fracciones I y XXV; 28, fracción III, 66, 72, 73, 75, 76, 77, 78 y 79 de la Ley de la CEDHJ; 109, 119, 120, 121 y 122 de su Reglamento Interior, esta Comisión emite las siguientes:

IV. CONCLUSIONES

La falta de médicos de base que debieron supervisar el desempeño de los residentes Omar Enríquez Cisneros, Lorenzo Gutiérrez Cobián y Juan Arturo Ocampo Navarro en el Hospital General de Occidente, dependiente de la Secretaría de Salud Jalisco, ocasionó que por la impericia de éstos no se otorgara la atención oportuna y adecuada al niño [agraviado], lo que derivó en las violaciones de sus derechos humanos a la protección de la salud y a la vida.

Recomendaciones.

Al doctor Alfonso Gutiérrez Carranza, secretario de Salud y director del Organismo Público Descentralizado Servicios de Salud Jalisco, se le recomienda:

Primera. Lleve a cabo las acciones necesarias a fin de que la Secretaría que representa pague a favor de la señora [quejosa], madre del menor de edad [agraviado], la reparación de los daños y perjuicios que le fueron ocasionados por el actuar irregular de los médicos residentes Omar Enríquez Cisneros, Lorenzo Gutiérrez Cobián y Juan Arturo Ocampo Navarro. Lo anterior, de forma objetiva y directa, como un acto de reconocimiento, atención y verdadera preocupación por las víctimas de violaciones de derechos humanos ocasionadas por los servidores públicos citados, con independencia de la indemnización que deba cubrirse derivada de resoluciones de carácter jurisdiccional.

Segunda. Ordene a quien corresponda que inicie, tramite y concluya, en los términos de la Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado, procedimiento administrativo en contra de los médicos residentes Omar Enríquez Cisneros, Lorenzo Gutiérrez Cobián y Juan Arturo Ocampo Navarro por los hechos cometidos en agravio del niño [agraviado], en el que se considere lo actuado y observado por esta Comisión.

Es oportuno señalar que para esta Comisión es igualmente grave y vulnera el Estado de derecho la no instauración de los procedimientos tendentes a resolver sobre la probable responsabilidad de los servidores públicos por violaciones de los derechos humanos, así como simularlos o imponer sanciones demasiado leves, contrarias al principio de proporcionalidad, pues con ello se propicia la impunidad, se rompe el principio de legalidad y se deja de cumplir con los fines de la aplicación de las penas y sanciones, en el sentido de que éstas deben ser

ejemplares, inhibitorias y educativas.

Tercera. Ordene que se agregue copia de la presente resolución al expediente administrativo personal de los médicos residentes Omar Enríquez Cisneros, Lorenzo Gutiérrez Cobián y Juan Arturo Ocampo Navarro, con independencia de que actualmente tengan el carácter o no de servidores públicos; ello, como antecedente de que violaron derechos humanos en los términos de esta Recomendación.

Cuarta. Ordene a quien corresponda un análisis integral de las necesidades de médicos de base en las guardias de sábados, domingos y días festivos en el Hospital General de Occidente, para dotarlo del personal médico necesario, con el fin de proporcionar una atención oportuna y de calidad en el área de urgencias, además de que el servicio se encuentre cubierto con médicos especialistas en todos los turnos, para que supervisen el desempeño de los médicos residentes tal como se prevé en la norma oficial mexicana NOM-090-SSA1-1994 para la organización y funcionamiento en las residencias médicas.

Al licenciado Tomás Coronado Olmos, procurador general de Justicia del Estado, se le pide que instruya al agente del Ministerio Público que corresponda para que inicie, integre y resuelva una averiguación previa por los hechos que originaron la presente queja, fundamento de esta Recomendación.

Se ordena dar vista al licenciado Jesús Agustín Hernández Morán, director de Profesiones del Estado, para que inicie el procedimiento correspondiente y las acciones legales a su alcance, a fin de aplicar las sanciones que en derecho correspondan a los médicos Omar Enríquez Cisneros, Lorenzo Gutiérrez Cobián y Juan Arturo Ocampo Navarro, considerando las razones y fundamentos expuestos en el presente caso, en el que transgredieron los principios para el ejercicio de profesiones. Lo anterior, de conformidad con el capítulo IX de la Ley para el Ejercicio de las Profesiones del Estado de Jalisco.

Esta Recomendación pretende fomentar una cobertura de servicios médicos completa y especializada, para brindar a la ciudadanía un servicio de calidad y con calidez.

Las anteriores recomendaciones son públicas y serán difundidas por los medios de comunicación, de acuerdo con los artículos 76 y 79 de la Ley de la Comisión Estatal de Derechos Humanos y 120 de su Reglamento Interior.

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

Atentamente

Maestro Felipe de Jesús Álvarez Cibrián
Presidente

Ésta es la última página correspondiente a la Recomendación 23/2009, la cual consta de 57 fojas.