

Recomendación 51/2016
Guadalajara, Jalisco, 23 de diciembre de 2016

Asunto: violación del derecho a la legalidad y a la protección de la salud, por negligencia, imprudencia e inobservancia del marco normativo.

Queja 2443/2016-III y su acumulada 2479/2016/III

Doctor Antonio Cruces Mada
Secretario de Salud y director del organismo público descentralizado Servicios de Salud Jalisco

Con motivo de los hechos presuntamente violatorios que serán materia de la presente Recomendación, inicialmente se tramitaron por separado las quejas 2443/2015/III y 2479/2015/III. Sin embargo, conforme fueron avanzado las investigaciones se advirtió que tanto los hechos como en lo referente a las autoridades presuntas transgresoras de los derechos, los actos eran similares, se ordenó la acumulación de dichas inconformidad, para no dividir la investigación.

Por ello cada caso será analizado de manera separada de la manera siguiente:

Caso a

Quejosa: (quejosa).

Fecha: día [...] del mes [...] del año [...]

Caso b

Quejosa: (quejosa2) y como agraviado su hijo recién nacido que falleció el 7 día [...] del mes [...] del año [...] en el Hospital Regional de Puerto Vallarta, Jalisco.

Fecha: día [...] del mes [...] del año [...].

Caso a

Síntesis

A las 4:30 horas del día [...] del mes [...] del año [...] acudió (quejosa) a solicitar atención médica a la Unidad de Urgencias del Hospital Regional de Puerto Vallarta, ya que tenía 41 semanas de gestación y presentaba un cólico leve en el abdomen. Fue atendida por un médico de guardia; y entre las 8:00 y 9:00 horas la médica Mónica Bibiano Hernández al ver la hoja de ingreso le preguntó: que ¿por qué cesárea? Ella respondió que por presentar problemas de várices aunado a que no dilataba. La médica le practicó el tacto y momentos después le reventó la fuente, por lo que dejó a la paciente en observación con un médico residente quien no intervino en nada. La médica Mónica Bibiano Hernández en varias ocasiones le colocó una especie de bocina para escuchar el corazón del bebé, pero no le informaba nada, la inconforme relata que de todas las veces que le puso el aparato ella nada más en una escuchó muy leve latir el corazón de su bebé, Mónica Bibiano Hernández le dijo que le aplicaría anestesia para que su parto fuera sin dolor y transcurridos cerca de veinte minutos le indicó que iban a prepararla para practicarle la cesárea, pero su bebé nació muerto.

Caso b

Síntesis

A las 4:00 horas del día [...] del mes [...] del año [...] acudió (quejosa2) a solicitar atención médica en el Hospital Regional de Puerto Vallarta, ya que presentaba fuertes dolores de parto y contaba con 35 semanas de gestación. Sin embargo, no fue atendida de manera adecuada pues cuando se encontraba

acostada y sin la asistencia de ningún médico, expulsó a su bebé, quien quedó atrapado en la placenta y ello le causó la muerte.

La Comisión Estatal de Derechos Humanos de Jalisco (CEDHJ), con fundamento en los artículos 1° y 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 4° y 10 de la Constitución Política del Estado de Jalisco; 4°; 7°, fracciones I y XXV; 28, fracción III; 72, 73, 75, 79 y demás relativos de la Ley de la CEDHJ y 119, 120, 121 y 122 del Reglamento Interior de este organismo, investigó la queja 2443/2016/III, iniciada oficiosamente por la posible violación del derecho a la violación del derecho a la legalidad y a la protección de la salud, por negligencia, imprudencia e inobservancia del marco normativo, atribuida a la médica Mónica Bibiano Hernández, quien prestó sus servicios como tal en el Hospital Regional de Puerto Vallarta. De igual manera, inició de manera oficiosa la inconformidad 2479/2016 a favor de (quejosa2) en contra del personal médico adscrito al citado nosocomio que resultase responsable, las cuales se analizan de manera individual, con base en los siguientes:

I. ANTECEDENTES Y HECHOS

Caso a

1. El día [...] del mes [...] del año [...] se inició de oficio la queja [...], basada en el contenido de la nota informativa publicada en la página de internet “*Noticias pv.com*” bajo el encabezado “Forzaron parto; ella hospitalizada y el bebé murió”. La nota informaba que la aquí agraviada, el día [...] del mes [...] del año [...] a las 04:00 horas, había acudido al Hospital Regional de Puerto Vallarta (HRPV), pues estaba programada para cesárea, y la doctora la forzó para que fuera parto normal. Las cosas salieron mal, ella fue hospitalizada y el bebé murió.

2. En la misma fecha se dictó acuerdo de calificación pendiente hasta que fuera identificada la parte agraviada y se recabara la ratificación respectiva.

3. El día [...] del mes [...] del año [...], se solicitó el auxilio y colaboración del director del HRPV, a efecto de que proporcionara la siguiente información:

a) El nombre y especialidad del personal médico que participó en los sucesos narrados en la nota informativa publicada en la página de Internet “*Noticias pv.com*” bajo el encabezado “Forzaron parto; ella hospitalizada y el bebé murió.”

b) Remitiera copia certificada de la hoja de atención y de todo el expediente clínico correspondiente a (quejosa), incluidos los anexos, estudios clínicos, y además documentación que no obren dentro del expediente solicitado, pero que tuviera relación con la atención brindada.

4. El día [...] del mes [...] del año [...], personal jurídico de este organismo se trasladó al domicilio particular de la aquí agraviada (quejosa), quien en vía de ratificación manifestó:

El día [...] del mes [...] del año [...], siendo las 04:30 horas de la madrugada acudí al Hospital Regional porque ya contaba con 41 semanas de gestación y tenía un cólico leve en el abdomen, me atendió un doctor del que desconozco su nombre y fue hasta las 8:00 o 9:00 horas de la mañana que la doctora Mónica, revisa la hoja que estaba en la mesa y me preguntó que por qué cesárea y yo le comenté mis problemas de várices y que yo no dilataba, a pesar de que eso ya estaba en mi expediente, cuando terminé de explicarle, me preguntó que cuándo había tenido mi cesárea previa y le respondí que hacía 5 cinco años y ella dijo: A está bien y me dijo que me iba a hacer el tacto y me colocó un cómodo en las caderas, me hizo el tacto y me lastimó muchísimo ella se dio cuenta, pidió un pato y otro aparato que era un picahielos de acero inoxidable y cuando terminó me dijo: “Te reventé la fuente” cuando sientas que ya no te salé líquido les avisas para que te quiten el cómodo y vamos a esperar a trabajo de parto, transcurridos unos 20 veinte minutos empecé a sentir dolores muy fuertes la doctora se acercó y me movieron a otra cama y ya fue donde ella me dejaba con un médico joven pero éste no hacía nada, sólo me apoyaba moralmente, en ese momento yo ya traía muchas náuseas y vómitos, vomitaba espuma y algo verde, cuando la doctora regresaba conmigo me ponía a pujar y me apretaba el abdomen y luego se retiraba y cuando ella se iba yo me daba la vuelta y seguía vomitando y tenía calambres en todo cuerpo, aunque el doctor joven se quedaba conmigo no hacía nada, incluso me dijo que cuando la doctora llegara que pujara para que no lo fuera a regañar, porque yo vi como que le tenía miedo, yo seguía sintiéndome mal y la doctora me daba vueltas y traía un aparato como con una bocina y me revisaba en el abdomen pero no me decía nada ni me daba ninguna información ahí yo todavía estaba tranquila porque ella no me decía nada o que había nada malo, porque con ese aparato checaba el corazón de mi bebé y todas las veces que me checó sólo una vez escuché el latid del corazón de mi bebé pero muy leve, el dolor de mi abdomen seguía y la doctora me dijo que me iba a poner anestesia para tener

a mi bebé sin dolor y me pasaron a quirófano y ella se fue, yo me quedé con la anestesióloga y como ya traía el dolor de abdomen muy fuerte, la doctora le dio la orden de que me pusieran Ranitidina y me pusieron un medicamento, pero no puede señalar si era Ranitidina u otro medicamento, se retiró nuevamente y como a los veinte minutos regresa y me checa de nuevo para revisar el corazón de mi bebé e inmediatamente me dijo que me iban a preparar para hacerme cesárea, entonces me cambiaron a una camilla, me sacaron de quirófano y entonces la doctora me hizo un ultrasonido en lo que las enfermeras me vendaban las piernas, vi que se acercó un doctor y le señaló algo a la doctora en la pantalla del ultrasonido y le pregunté a la doctora si todo estaba bien con mi bebé, me respondió: “Es lo que estoy tratando de ver” y me siguió checando pero yo ya no aguantaba el dolor del abdomen y le dije que ya no aguantaba el dolor que me estaba lastimando con el aparato del ultrasonido, y entonces fue cuando me dijo que ya me iba a hacer la cesárea porque no encontraba signos vitales y le pregunté: “Entonces me está diciendo que mi bebé está muerto” y me respondió que vivo o muerto te lo tenemos que sacar y me meten a quirófano yo entré llorando y la anestesióloga me dijo; “Hay hija te pusiste muy sentimental” y le dije es que me están diciendo que mi bebé está muerto y me dijo no te preocupes todo va a salir bien, como yo no veía a la doctora pregunté quién me iba a hacer la cesárea y me dijeron que la doctora me iba a operar y así fue me operó y mi bebé nació muerto y cuando estaba en la sala de recuperación una enfermera me dijo que me despidiera de mi bebé yo lo vi y lo entregaron a mis familiares, salí hasta el día martes 2 de febrero al medio día, porque me habían dado de alta y sepultamos a mi bebé. Quiero señalar que durante mi embarazo firmé la autorización para que me practicaran la salpingoclasia pero yo no sabía lo que me iba a pasar, entonces al saber yo que mi bebé había muerto, les dije a los del quirófano que yo había firmado pero que dado lo que había pasado no quería que me hicieran la salpingo, pero realmente ignoro si me la hicieron o no, tengo que ir al regional a preguntar pero la verdad no quisiera ir porque siento que ahí todos me dieron la espalda. Por eso pido que se investiguen los hechos y se sancione a los responsables.

5. El día [...] del mes [...] del año [...] se recibió el oficio [...] signado por el entonces titular del HRPV, médico (funcionario público), mediante el cual proporcionó el nombre de los prestadores de la salud, que brindaron la atención a la aquí (quejosa). Estos fueron (funcionario público²) y Mónica Bibiano Hernández, con la especialidad en ginecología. Así como copias del expediente clínico a nombre de la quejosa, del cual con relación a los hechos que se investigan, destacan las siguientes constancias:

1. Certificado de defunción de muerte fetal de fecha día [...] del mes [...] del año [...] Condición fetal o materna que causó directamente la muerte:
 - Broncoaspiración de sangre materna
 - Condiciones fetales o maternas que originaron que la causa directa a
 - Desprendimiento de la placenta
 - Interrupción de la dilatación materno fetal

2. Hoja de Anatomía Patológica

Dra. Mónica Leticia Bibiano Hdez. Nombre: (quejosa). Sexo: femenino. Fecha de solicitud: día [...] del mes [...] del año [...]. Servicio solicitante: Toco Cx. Nombre del médico: Mónica Leticia Bibiano Hdez. Se extrae placenta durante cesárea con abundante coágulos. Examen solicitado: Biopsia pre-operatoria

3. Hoja de referencia y contrarreferencia.

No de control. [...] expedida por la Secretaria de Salud, Región Sanitaria VII Puerto Vallarta/Costa Norte. Hoja de referencia. Contenido ilegible. Nombre y firma del responsable de la unidad: (funcionario público3). Nombre y firma del médico a que se refiere: ilegible. Hoja de contrarreferencia. Servicio Ginecobstetrica. Fecha: Ilegible. Resumen clínico: Ilegible. Diagnóstico de ingreso: Emb 29 SDG x EUR. Diagnóstico de egreso: El mismo Instrucciones y recomendaciones para el manejo del paciente en su unidad de adscripción: Se advierten signos de alarma. Cita en un mes. Resto ilegible. Tratamiento concluido: No Continuará tratamiento en: HRPV. Envío a consulta subsecuente al servicio de: Consulta externa Ginecobstetricia. Nombre del médico tratante: ilegible, nombre y firma del médico responsable de la unidad D. Demetrio Tejeda ilegible

4. Hoja de referencia y contrarreferencia.

Folio. [...] expedida por la Secretaria de Salud, Región Sanitaria 08 Puerto Vallarta. Hoja de referencia. Contenido ilegible. Signos vitales: Tensión arterial: 90/60 Temperatura: 36 °C. Frecuencia Respiratoria 20 X1. Frecuencia cardiaca 96 X1. Somatometría: Peso: 64 Kgs. Talla 1.64 Cms. Nombre y firma del responsable de la unidad: sin contenido. Nombre y firma del médico que refiere: Dr. Jorge apellidos ilegibles.

5. Hoja de Hospitalización

CLUES: JCSSA004230. Nombre: (quejosa). Sexo: Femenino Derechohabiente: Seguro Popular. Entidad: Jalisco. Municipio: Pto. Vallarta. Localidad: Pto. Vallarta. Expediente: [...]. Ingreso: día [...] del mes [...] del año [...]. Egreso: día [...] del mes [...] del año [...]. Servicio. Ingreso: Toco-Urgencias. Afectaciones tratadas (Diagnósticos finales al egreso). Primera Puerperio Quirúrgico. Procedimientos Diagnósticos, terapéuticos y quirúrgicos.

1. Cesárea ilegible. Tipo de anestesia BLD. Médico cirujano Bibiano. Atención Obstétrica: Numero de gestación 02. ¿Extracción o expulsión? Sí. Tipo de atención 41. Con producto: Único. Tipo de nacimiento: cesárea. Planificación familiar: otro Datos del producto. Peso al nacer (gramos) 2.300. Sexo: masculino. Condición al nacimiento: muerte fetal. Folios del certificado de nacimiento: [...]: O. Nombre del médico tratante responsable del egreso: ilegible

6. Hoja Frontal.

Expedida por la Secretaria de Salud Jalisco. Hospital Regional de Puerto Vallarta
Nombre: (quejosa). Edad: 24. Sexo: F. Domicilio: [...]. Fecha de ingreso: día [...] del mes [...] del año [...]. Fecha de egreso: día [...] del mes [...] del año [...] (al parecer un error en la fecha). Servicio al que ingresa: Toco. Diagnóstico de ingreso: Cub. 41.4 SDG + hipermutabilidad.

7. Notas de evolución

Nombre: (quejosa). Número de expediente: [...]. Edad 24 Sexo: Fem, Servicio: GO, Fecha y hora: día [...] del mes [...] del año [...], Peso: 68 KG, Talla: 1.64 cm, Temperatura: 36°C, Pulso: 96 X1, Ilegible: 20X1, Ilegible: 136/66 min/Hg, Ilegible: (ciudadana). (quejosa) de 24 años G 2 con embarazo de 33 semanas, resto ilegible. Nombre del Medico ilegible. Nota de evolución. Fecha y hora: 13/01/16, Peso: 69 KG, Talla: 1.64 cms, Temperatura: 36°, Pulso: 69 X1, Respiración: 22 X1, Presión arterial: 120/60, FNF: ilegible Fem de 24 acude a control prenatal seguimiento de varices 62 C1 PO/O. EMBARAZO DE 39 SDG x f/m. Cardio pulmonar ilegible abdomen glucoso por útero grávido con producto único, vivo, cefálico, longitudinal, dorso izquierdo FCF de 150 lpm. Extremidades con varices tortuosas. Ilegible 31 cm. Plan: cita abierta a urgencias. Se dan signos y datos de alarma. Nombre del médico: Julio Cesar Palomera Jiménez

8. Hoja de referencia

Expedida por la Secretaría de Salud Jalisco, Región Sanitaria 08 Puerto Vallarta. No. De Control 15001038. Nombre: (quejosa). Número de expediente: [...]. Edad: 24 años. Sexo: femenino. Unidad que refiere: C.S.Y resto ilegible. Unidad a la que se refiere. Nombre: Hospital Regional- Pto Vta.- Jalisco. Domicilio: Conocido. Servicio al que se envía: Gineco-obstetricia. Motivo de la referencia. Resumen clínico del padecimiento: desde los 16 años de edad, presenta varices venosas las cuales ilegible, de embarazo, actualmente en 2205 semanas, con dolor en pierna derecha, calambres y adormecimiento de la misma; se le prescribió DAFION M. No mejorando clínicamente, ilegible, las condiciones de embarazo están estables. G= 02, P= 0, A=0, C=01, FUC= 4años. FUM= 20 entre 04-15, FPP= 05-02-16. Signos vitales: Tensión arterial 90/60, Temperatura 36 °C, Frecuencia Respiratoria 20 X1, Frecuencia Cardíaca 96 X1. Sonometría: Peso 64 kgs, Talla 1.64 Cms. Nombre y firma del médico que refiere: solo se aprecia la firma

9. Hoja de salida Hospital Regional Puerto Vallarta

Fecha: día [...] del mes [...] del año [...]. Nombre: (quejosa). No. Cama: 8. Hora de salida: 11:38 am. No. Expediente: [...]. Firma: Chela (sin referir nombre completo).

10. Hoja de aplicación de material de curación, medicamentos y laboratoriales y rayos X. Nombre (quejosa). Fecha de ingreso día [...] del mes [...] del año [...]. Diagnóstico de ingreso Emb 41. SDG + Hipomotilidad. Fecha de egreso: día [...] del mes [...] del año [...]. Diagnóstico de egreso: ilegible.

10. Análisis clínicos de laboratorio. Paciente: (quejosa). Diagnóstico: PUERPERIO QUIRURGICO. Fecha: día [...] del mes [...] del año [...]. Paciente: (quejosa). Diagnóstico: DESPRENDIMIENTO DE PLACENTA. Fecha: día [...] del mes [...] del año [...]. 12. Hoja de ANATOMIA PATOLOGICA. Nombre: (quejosa). Sexo: femenino. Fecha de esta solicitud: día [...] del mes [...] del año [...]. Servicio solicitante: Toco Cx. Nombre del médico: Mónica Leticia Bibiano Hdez. Se extrae placenta durante cesárea con abundantes coágulos. Examen solicitado. BIOPSIA TRANS-OPERATIVA.

11. Hoja de Historia Clínica del Recién Nacido de la División de Pediatría. Fecha: día [...] del mes [...] del año [...], hora: 16:04, sexo: Masc., edad Gestacional: 40 2/7. Antecedentes Maternos: Edad: 24, Estado Civil: Unión libre, Lugar de nacimiento: [...], Donde Radica: [...], Escolaridad: Secundaria Incompleta, Ocupación: Venta de Plata, Grupo sanguíneo A, RH +, Intervalo Intergenesico 5, Gesta 2, cesáreas 1. Tabaquismo: Si antes del embarazo, Alcoholismo: Si antes del embarazo, Drogas: No, Medicamento: No. Gestación: Número total de consultas: 6. Estudios especiales y resultados: VIH (-) NPRL (-). Medicamentos (Por trimestre): Ac Fólico, Hierro. Trabajo de parto: Membranas integras. Nacimiento: Cesárea. Indicación: Ausencia de frecuencia cardiaca fetal. Frecuencia cardiaca Ausente, Esfuerzo respiratorio Ausente, Palidez Generalizada, No responde, Puntaje de APGAR 0. Reanimación Inicial: Aspiración Endotraqueal. Tráquea con sangre líquida y en coágulos.

12. Historia Clínica del Recién Nacido.

Valoración: Narinas, ojeras permeables, labio integro, paladar integro, esófago permeable, ano permeable, vasos umbilical es una vena, dos arterias y alteraciones morfológicas evidentes: no Valoración Clínica de la Edad Gestacional (Estudio Capurro): 40 2/7. Antropometría: Peso 2300 grs. Perímetro cefálico 30 cm. Perímetro Torácico 30 cm. Perímetro abdominal 30. Longitud coronilla Talón 50. Conclusión Diagnostica y problemas por atender. RN Masc a ilegible- muerto. Nombre del Obstetra: Dra. Bibiano. Nombre del Anestesiólogo: Dr. (funcionario público4) apellido ilegible. Nombre del Pediatra Dr. (funcionario público5). Evaluación a los 5 min del nacido: Frecuencia Cardiaca Ausente, Esfuerzo respiratorio. Ausente, Palidez Generalizada, Flacidez Generalizada, Respuesta a Estímulos No Responde. Evaluación Respiratoria: No valorable. Observaciones y Descripción de Procedimientos practicados. Exploración de signos vitales, ausencia de frecuencia cardiaca (latidos), ausencia de ilegible respiratorios, rigidez de membranas inferiores, palidez generalizada, ilegible, aspiración de sangre líquida y en coágulos en tráquea ilegible. Muerte Fetal. Médico responsable: Dr. (funcionario público5)

13. Hoja de enfermería de fecha de día [...] del mes [...] del año [...]. a las 05:20 horas. Servicio: Ginecología. Dx Medico Cesárea. Tensión arterial: 104/66. Dolor /EVA: 0-1D D/0. TM: Blanda. 2/02/16. Resumen de valoración/Datos significativos a las 8 horas Ilegible. Consiente. Resto Ilegible. Diagnostico (s) Nanda a las 8 horas Riesgo de sangrado transvaginal ilegible cesárea. Objetivo en forma de resultado (Noc)

a las 8 horas Disminuir riesgo. Medicamentos y soluciones parenterales solución Hartman 100 c/12, cefotaxima 1 grs c/8 a las 8 horas, ketorolaco 30 gr c/6 a las 12 horas, Metamizol c/8 a las 8 horas. Intervenciones/Actividades (NIC) signos vitales, medidas generales, farmacoterapia, ilegible.

14. Partograma realizado el día [...] del mes [...] del año [...]. a las 05:15 horas por motivo de la consulta de Hipomotilidad.

15. Hoja de registro de anestésico de fecha día [...] del mes [...] del año [...]. Anestesiólogo: Dra. (funcionario público4). Tipo de anestesia: Bloqueo Peridural. Diagnostico Preoperatorio: Embarazo de termino + periodo expulsivo/ + probable óbito fetal. Cirugía programada: Analgesia obstétrica para trabajo de parto/cesárea. Diagnostico Postoperatorio: Óbito secundario a desprendimiento prematuro de placenta. Cirugía realizada: Cesárea. Cirujano Dra. Mónica Bibiano. Ayudantes Dr. Uriel T. Médico Interno de Pregrado. Signos vitales al ingreso del quirófano: Ta 131/72, FC 79, FR 16, TEM 37, SpO2 99%. Fármacos ilegible, ilegible, oxitocina 20 VI venosa, ketrorolaco 60 mg intravenoso, fentanil 150 mg intravenoso, ilegible, fentanil 100 mg ilegible. Incidentes: Recién nacido masculino a término muerto, peso: 2,300, APGAR: 0. Ingresos: Líquidos Hartmann 2,500, NaCl 500. Egresos Diuresis 150, sangrado 800, P. Insensibles 700. Anestesia Regional Tipo: ilegible, Aguja: ilegible, Nivel de puntuación: ilegible- 1.5, Catéter: si, Agentes administrados: ilegible. Inicia anestesia 15:00/ 15:50. Inicia cirugía: 16:03 horas. Termina cirugía 16:40.

Nota Post Anestésica: se da la indicación de cesárea por ausencia de frecuencia cardiaca fetal. Se lleva a paciente de inmediato a quirófano, se prepara y administra dosis para anestesia lidocaína con epinefrina 360 mg por vía peridural previamente colocado por analgesia con latencia de 5 minutos y nivel metonímico TM. Se inicia procedimiento quirúrgico sin complicaciones anestésicas. Sangre y/o líquidos administrados Hartma. Incidentes y/o accidentes: si analgesia obstétrica que se convierte a cesárea por muerte fetal. Signos vitales a su ingreso a UCPA: TA 110/62, FC 71, FR 16, SATO2 100%. Escala de Aldrete: puntuación de ingreso 9 y alta 10. Evolución y alta postanestésica de UCPA: pasa a ULPA con signos vitales estables y se retira catéter peridural completo. Signos vitales al alta de UCPA: TA 117/62, FC 71, FR 16, SATO 90%. Control de dolor postoperatorio ketorolaco 60 mg i.v, fentanil 150 mg i.v. Alta de anestesiólogo: signos vitales: TA 121/72, Pulso 81, RESP 16, Estado de conciencia somnoliento, Náuseas no, Vomito no, Cefalea no, Diuresis si, dolor 3, Deambulacion n. Indicaciones de alta: Aldrete 10. Dra. (funcionario público4)Martínez González

15. Ordenes médicas en la Unidad HRPV

(funcionario público6). día [...] del mes [...] del año [...] a las 13:55. 1- ilegible 1 paquete globular resto ilegible 2 hrs. 2. Resto de indicaciones sin cambio. (funcionario público7), día [...] del mes [...] del año [...]. 1- Dieta Blanda. 2. Sol. Ht 1000 ml p/12 hrs. 3- Cefotaxima 1 GR IV C/8hs, ketorolaco 30 ms IV C/6 hs, metamizol 1GR IV

C/8 hs. 4- Baño e ilegible. 5-BH ilegible. 6- SVPT e ilegible. (funcionario público7). día [...] del mes [...] del año [...] a las 11:08 horas. Alta con receta.

16. Hoja de Registro de Enfermería

Fecha día [...] del mes [...] del año [...]. Resumen de valoración/Datos significativos: Activa, reactiva y orientada en tiempo y espacio Post Q. STV moderado, palidez resto ilegible. Diagnostico (s) Nanda: Riesgo de infección ilegible, procedimiento invasivo. Objetico n forma de resultado (NOC): disminuir riesgo. Medicamentos y soluciones parenterales: Sol Glucosa 100 + 700 oxicíclica p/6 a las 17: 30 horas, Sol. Mixta 1000 p/8 hrs, Sol. Glucosa 5 + 1000 p/24 hr, Diclofenaco I AMP IV c/12 hrs a las 17:30 horas, Ketorolaco 1 AMP I.V c/8 hrs a las 20 horas, Cefotaxima 1gr IV c/8 hr a las 17: 30 y 24 horas. Intervenciones/actividades (NIC): Toma de signos vitales, medidas de ilegible, farmacoterapia, vigilar sangrado transvaginal a las 20 horas. Evaluación: pasa al siguiente turno a las 20 horas.

Fecha día [...] del mes [...] del año [...] Resumen de valoración/Datos significativos: consiente, STV normal, orientada, palidez ilegible, activa, ilegible, limpia, buena coloración, deambula, ilegible, tolera, dieta a las 20:30 horas. Diagnostico (s) Nanda: Riesgo de infección R/C, proced. OX, dolor relacionado con herida quirúrgica (sic) ilegible a las 20:30 horas. Medicamentos y soluciones parenterales: Sol. Glucosada 1000 p/12 a las 15 horas, Sol. Mixta 1000 p/8, cetotaximina 1 gr IV. C/8 A LAS 8, 16, 24 horas, Ketorolaco 1 amp I.V c/8 a las 8, 16, 24 horas. Intervenciones/Actividades NIC: S.V, vigilancia, medidas asistenciales, farmacoterapia, se orienta sobre riesgo de tener sangrado moderado, cuidados generales de enfermería, medidas de seguridad y confort a las 20: 30 horas. Evaluación: Observación, estable, observación, sangrado transvaginal escoso-normal.

17. Hoja de Nota de Egreso. (funcionario público7). Diagnostico finales: Puerperio Quirúrgico. Resumen de Evolución y Estado Actual: Femenino de 24 años, G 2 P 0 A 0 C2. La cual cursa su puerperio Quirúrgico inmediato completo, sin complicaciones, sin sonda Foley (X), Deambula (X), Tolera Vía Oral (X), Micción (X), Evacua (), Canaliza Gases (X), Hemotipo _ RH ±_. Por medio de incisión abdominal tipo media se obtiene ilegible, Genero_, Pesando_ GRS, Talla _ CM, APGAR_/_, SA_, Capurro _SDG, Actualmente la paciente se encuentra consiente, tranquila, cooperadora, con buen estado de hidratación, buen patrón respiratorio, campos pulmonares bien ventilados, cardiopulmonar sin compromiso aparente, abdomen blando, depresible, no doloroso, útero con correcta involución, zona de herida quirúrgica limpia, seca, sin datos de infección, apósito seco, limpio; loquios escasos. Extremidades sin edema. Hemo-dinámicamente estable, sin datos de bajo gasto y sin sangrado activo.

Manejo durante la estancia hospitalaria: Operación, cesárea, soluciones intravenosas, medicamentos, laboratoriales, cuidados generales de enfermería. Plan de Manejo y Tratamiento: Retiro de puntos en un centro de salud dentro de 7 días. Alta por mejoría,

receta por antibiótico y analgésico: Cefatoxina 500 mg VO c/5 hrs x 5 días hiero ilegible Paracetamol 500 mg VO c/8 hrs x dolor ilegible. Recomendaciones de vigilancia ambulatoria. Vigilar sangrado transvaginal, tono e involución uterina. Datos y signos de infección. Atención de factores de riesgo: Tabaquismo () Alcoholismo () Adicciones () Pronostico: Reservado a evolución. En caso de defunción (Causas de muerte acorde al certificado de defunción). FI: 30/01/16. FE: 02/02/16

18. Nota de Evolución.

E.P.S.S (funcionario público8). día [...] del mes [...] del año [...] a las 8:20 am horas. Planificación Familiar. Paciente femenina consiente de 24 años de edad, en puerperio Qx, cesárea óbito con G:2 C:1 A:1, se le coloca implante subdérimo en brazo izquierdo. Se le da información sobre el uso de este método anticonceptivo. Evolución de fecha día [...] del mes [...] del año [...]. 8:00 horas. Dra., (funcionario público7)apellido ilegible. Persona 24 a G2 02 con diagnóstico de puerperio quirúrgico de 40 hrs de ilegible. Se refiere ilegible. O TA. 103/66. FC 90. FR 19. Tem 37. Paciente consiente (sic) ordenada en buen edogral con palidez ilegible cardiopulmonar ilegible, quirúrgica limpia loquios hemático estables. Paciente ilegible vía oral. Deambulando ya refiere ilegible y evacuación. Se tomó BH de control el día de ayer resultado de 804 Hto 25.2 Pb 265 ilegible 12.1. P8: BH control para valor de egreso. Resto ilegible. Se egresa con ilegible y hierro ilegible.

19. Ordenes médicas. (funcionario público9). día [...] del mes [...] del año [...], 05:15. 1. AHNO. 2. Sol. Hartmann 100 cc p/carga. 3. BH, TP, TPT. 4. CGE y SVRT. 5. Pasa a TOCO. (funcionario público2) González. 31/01/16, 06:00. 1. Ayuno. 2. Sol. Hartmann 1000cc p/8h. 3. se solicitan pruebas cruzadas. 4. Recabar estudios de laboratorio. 5. CGE y SV. 6. Vigilar FCF. 7. Reportar eventualidades. 8. Gracias. Dra. Bibiano. 09 hrs. 1. Ayuno. 2. Sol. Hartmann 1000 cc IV P/carga. Sol. Glucosada 5% 1000 cc + 50 oxitócica 4 gotas/min. 3. Butilhioscina 1 ampula IV D.V. 4. Recabar laboratoriales. Vigilar binomio. SVPT y CGE. Reportar eventualidades. 5. ilegible. día [...] del mes [...] del año [...], 14:30. Dra. Bibiano. Contenido Ilegible día [...] del mes [...] del año [...], 17:10. 1. Ayuno. 2. Ilegible CC81 ilegible. Vendaje ilegible medio de muslo. 3. Sol Gluc 5% 1000 cc 20 VT Oxitocina p/6 hrs. Sol. Mixto 1000 cc ilegible. 3. Diclofenaco ilegible c/12 hrs. Ketorolaco ilegible IV 8 hrs. 4. Cefotaxima 1 grs ilegible IV c/8hrs. 5. Ilegible Ranitidina 50 mg IV C/8 hrs. (funcionario público6). 1. Dieta 2 liquida, ilegible dieta 2 blanda. 2. Glucosa 5% 1000 cc para 12 horas. Solución Mixta 1000 cc p/8 horas. 3. Medicamentos. Ketorolaco 30 mg IV cada 8 horas. Cefotaxima 1 gr IV c/8 horas. 4. Deambula y baño. 5. Vigilar ilegible. 6. SVPT y CGE. 7. Retirar sonda. 22. Carta de Consentimiento bajo información para la aceptación de Métodos Anticonceptivos. Acepta y firma la paciente (quejosa). 23. Notas de Evolución. Dra. (funcionario público4)Martínez. 31/01/16, 15:00

ANESTESIOLOGÍA

Paciente femenino 24 años, G: 2 P: 0 C: 1 hace 5 años. Se interconsulta al servicio de anestesiología obstétrica por diagnóstico de Embarazo de termino + trabajo de parto en periodo expulsivo + cesárea previa.

Refiere antecedente quirúrgico 1 cesárea hace 5 años, niega toxicomanías y alergias conocidas a medicamentos o alimentos. Refiere haber tenido "presión alta" durante embarazo sin tratamiento específico.

Ingresa a sala de expulsivo, se monitoriza registrando signos vitales de: TA: 130/71, FC: 72, SPO: 98%, vía periférica permeable con sol. Mixta con oxitocina, se cambia por sol. Hartman 500 ml para carga.

Con la paciente en decúbito lateral derecho, previa asepsia y antisepsia, se realiza técnica de bloqueo peridural, espacio 14-15. Punción única, limpia con aguja Touhy llegando a EPD con técnica Doglioth; se administra Ropivacaina de 2% 10 ml, se introduce catéter peridural, cefálico 3cm permeable.

Se indica 1 ampula de omeprazol ya que la paciente refiere vómito y se mantiene monitorizada con 0 en punta nasal a 3Hs/min. 31/01/16. Evangelina (funcionario público5) Rivera. Se anexo hoja de +social al exp. NOTA.

19. Hoja de Registro de Enfermería. Contenido Ilegible.

20. Hoja de Autorización, Solicitud y Registro de Intervención Quirúrgica. Fecha: día [...] del mes [...] del año [...]. Dra. Bibiano. Paciente: Firma (quejosa)

21. Notas de Evolución. Dra. Bibiano. día [...] del mes [...] del año [...], 10:50. 125/75. FC: 80%. FR: 20%. T: 36°C. Nota VTO. Ilegible. Se encuentra paciente con actividad uterino irregular, ilegible. Dra. Bibiano. 14:00. Nota de evolución. Paciente en periodo expulsivo o producto 2° plano contradicciones 2 10 minutos. Solicito ilegible. Dx: Secundigesto 38 Expulsivo + cesárea previa. Ilegible. 15:25 horas. Evolución. Acudo a revisar paciente después de la ilegible obstétrica y haber atendido un parto distócico, resto ilegible. 17:30 horas. Nota PostQ. Ilegible, programado y realizado ilegible. Hallazgos: producto único, placido ilegible. Útero ilegible 40% desprendimiento de placenta 50%, coágulos abundantes, Desgarre céltico. Resto ilegible.

22. Notas de Evolución. (funcionario público9). día [...] del mes [...] del año [...]. 05:00 horas. Femenina 24 años G2 C1, hace 5 años se realizó cesárea de Hospa por no presentar dilatación +RPM, niega alergias, DM y HHS, Trombosis venosa en extremidades inferiores del predominio en pierna derecha, tratada durante 1er trimestre con diosmina e hispendina + ASA (Suspendido) inicia hace tres días con contradicciones uterinas constantes de entre 15 a 20 min, hace 6 hrs aproximadamente refiere hipomotilidad fetales con aumento de dolor y frecuencias.

EF: Tranquila, consciente, orientada, bien hidratada, cardiopulmonar sin compromiso, abdomen globoso por útero gestante, producto único vivo, FCF 124X dorso a la izquierda, cefálico, cérvix cerrado, ilegible extremidades superiores integras, inferiores con trombosis venosa. II DX EMB 41S4 SDG + Hipomotilidad Plan pasa a toco.

23. Notas de evolución. día [...] del mes [...] del año [...], 05:00. (funcionario público9). Femenina de 24 años G2 C1, hace 5 años se realizó cesárea de ilegible por no presentar dilatación+RRM, niega alergias, DM y HHS, trombosis venosa en extremidades inferiores de predominio en pierna derecha, tratada durante 1er trimestre con diosmina e hispendina + ASA (suspendido) inicia hace 3 días con contracciones uterinas contantes de entre 15 a 20 min, hace 6 hrs aproximadamente refiere hipomotilidad fetales con aumento de dolor y frecuencias.

Ef. Tranquila, consiente, orientada, bien hidratada, cardiopulmonar sig. Compromiso, abdomen globoso por útero gestante, producto único vivo, FCF 124 X1 dorso a la izquierda, cefálico, cérvix cerrado, perdurar extremidades superiores integras, inferiores con trombosis venosas.

II dx ilegible 4 1d4 SDG + Hipomotilidad. Plan pasa a Toco. día [...] del mes [...] del año [...], 5:50. (funcionario público2) G. TA 118/88, FC 90, TEM 36.5°C, FR 20 x, tipo de sangre A+. Femenino 24 años G2, C1, P0, AO cm embarazo de 41.2 SDG x FUM, ingresa por presentar contracciones uterinas desde hace 3 días las cuales eran 3-4 por día. Refiere ayer (día [...] del mes [...] del año [...]) a las 19:00 pm las contracciones aumentaron en frecuencia. Refiere cefalea de predominio nocturno, ilegible visión borrosa ilegible, desde el 3er mes de embarazo. AHF; Madre con diabetes y migraña; niega otros antecedentes importantes. APP; Refiere durante su control prenatal de diagnosticaran cifras altas de TASIN ilegible 5 años por RPM prolongada y por no presentar dilatación. Niega transfusión y alergias.

Durante su tercer mes de embarazo se manejó por TVP en miembro pélvico derecho sin confirmación Doppler con Daflon (10 días) y Aspirina 10 mg (1 mes). Refiere antes del embarazo fumar un cigarro por día por 8 años.

Refiere Alcoholismo c/fin de semana antes del embarazo en ocasiones hasta embriagarse. Durante su embarazo refiere haber tomado unas 3-4 veces.

APNP; Lugar de Nac; Ruiz Nayarit. Fecha Nac. día [...] del mes [...] del año [...]; ama de casa, secundaria incompleta; Dirección; calle [...], tel: [...]; Mexicana; 14 años, ilegible 30 x 4, FUM; 15/Abril/2015, IVSA: 17 años #parejas 2, método anticonceptivo implante.

Control prenatal; inicio en el tercer ms de embarazo # consultas 6. Refiere 30 SG, sin reportes anormales. VIH (-), VDL (-), Vacunas; tétanos (+), influenza (+) Ácido fólico tomado ferroso.

EF; Femenino con embarazo de 41.2 SDG x FUM, consiente, orientada en tiempo, espacio y persona, sin signos de deshidratación, cooperadora, normo céfalo, ilegible, cuello simétrico, cilíndrico, ilegible, precoide rítmico sin ruidos agregados, campos pulmonares bien ventilados, Abdomen globoso o expensa de útero gestante con producto único vivo, presentación cefálica longitudinal, dorso izq. con FCF de 142 ilegible. Al tacto vaginal cérvix posterior ilegible a un dedo. Miembros pélvicos estróficos, ilegible. IDx: Embarazo de 41.2 SDG + DCP. Plan: Recabación de estudios de laboratorio para interrupción de embarazo vía abdominal.

24. Hoja de Historia Clínica General

día [...] del mes [...] del año [...] (funcionario público2). Femenina 24 años con embarazo de 41.2 SDG ingresa por presentar contracciones desde hace 3 días los cuales refiere 3-4 por día. Refiere ayer (día [...] del mes [...] del año [...]) a las 11:00 pm las contracciones ilegible en frecuencia refiere cefalea en padecimiento nocturno ilegible.

25. Hoja de registro de enfermería, quirófano y recuperación. Contenido ilegible. Ordenes médicas. Fecha 3/11/15. Dr. Cardoso. Peso: 64.500, Talla: 1.64, Temperatura: 36, Pulso 75 XI, Respiración: 22 XI, Presión arterial 12/60. Femenino 24 años g =2 P= O C A=O con embarazo de 28.4 sdg quien acude por presentar varice, ilegible. Abdomen globoso por útero gestante F= U = 28 FCF- 148 dorso anterior cefálico.

6. El día [...] del mes [...] del año [...], personal jurídico de este organismo se comunicó por vía telefónica con el médico KurtKasten Paredes, subdirector del HRPV, a efecto de que remitiera la transcripción de las notas clínicas que obraban en el expediente de (quejosa), concretamente la identificadas bajo los números de hoja 21 y 39.

7. El día [...] del mes [...] del año [...] esta defensoría pública de derechos humanos dictó el acuerdo de admisión y radicación respectivo.

8. En la misma fecha se recibió el oficio [...] signado por el subdirector del Hospital Regional de Puerto Vallarta, médico KurtKasten Paredes, a través del cual adjuntó la transcripción de las notas clínicas anteriormente solicitadas.

9. El día [...] del mes [...] del año [...], por conducto del entonces director del Hospital Regional, médico (funcionario público), se requirió a los servidores públicos, autoridad señalada como responsable Mónica Leticia Bibiano Hernández, (funcionario público4), (funcionario público7), (funcionario público10), (funcionario público9) y (funcionario público2), para que rindieran

un informe pormenorizado con fundamento en los artículos 60 y 61 de la Ley de la Comisión Estatal de Derechos Humanos.

10. El día [...] del mes [...] del año [...] se recibió el escrito signado por la médica ginecóloga (funcionario público7), mediante el cual rindió el informe de ley que le fue requerido por este organismo, y señaló:

El día [...] del mes [...] del año [...] me corresponde realizar el pase de visita a las pacientes que se encuentran hospitalizadas en el área de piso de Ginecología y obstetricia encontrando en estas camas a la paciente (quejosa), alrededor de las 8:00 horas, hallándola post quirúrgica de cesárea de 40 horas de evolución + anemia, encontrándola con signos vitales estables, tolerando vía oral, deambulando, con evacuaciones y micciones presentes, con evolución satisfactoria, solicité biometría hemática de control y regresé a revisar resultados alrededor de las 11 horas del mismo día, egresando a la paciente con analgésico, antibiótico y hematuricos (vía oral fumarato ferroso e intramuscular hierro dextran.

11. El día [...] del mes [...] del año [...] se solicitó el auxilio y colaboración del licenciado en enfermería (funcionario público10), a efecto de que realizara la transcripción de la hoja 22 que obraba en el expediente de (quejosa).

12. El día [...] del mes [...] del año [...] se recibió el oficio [...] signado por el entonces director del HRPV, médico (funcionario público), a través del cual informó que no había sido posible entregar el oficio dirigido a la médica Mónica Leticia Bibiano Hernández, en virtud de que entonces no estaba laborando para dicho nosocomio.

13. El día [...] del mes [...] del año [...] se recibió el escrito signado por (funcionario público10), mediante el cual rindió el informe de ley que le fue requerido por este organismo, y manifestó:

El día [...] del mes [...] del año [...], siendo yo el enfermero a cargo durante el turno vespertino, al ingresar al servicio de Toco-labor, que es en el área que me corresponde, me dirijo a recibir a las pacientes en trabajo de parto, incluidas en ellas (quejosa), y posterior a ello disponerme a la toma de signos vitales y la interrogación cotidiana que como personal de enfermería me corresponde. Al acercarme a ella, mientras tomaba sus signos vitales, proseguía con la interrogación que conformaban una serie de preguntas donde destacan: ¿Cuántos embarazos lleva? ¿Qué método de planificación será el que utilizará después de salir del hospital? Y si había llevado control prenatal y a cuántas consultas había llevado (sic) durante su embarazo.

Posterior a esas respuestas continué con preguntas como: ¿Siente movimientos? ¿Siente dolor? ¿Qué tan seguido son sus contracciones? a lo que ella cordialmente contestó a todas las preguntas, mientras ello sucedía, la paciente se encontraba en constante revisión y monitorización de la frecuencia fetal por la ginecóloga en turno. Minutos después la ginecóloga en turno, me da la instrucción de pasarla a sala de expulsión para la colocación de un bloqueo obstétrico, ya que como estaba en trabajo de parto, este fuera sin dolor.

A la paciente se le explica el procedimiento que se le realizaría y que la anestesióloga en turno le aplicaría dicho bloqueo y que yo estaría ahí para asistir a la anestesióloga. Sin ninguna complicación es como sucede la colocación de dicho bloqueo, mientras tanto la ginecóloga se encontraba en la otra sala de expulsión atendiendo un parto, dicho tiempo yo me quedé acompañando a la paciente, observándola para que no se fuera a caer de la mesa de exploración o en su defecto por alguna molestia que ella señalara, estar al pendiente con ella.

Al término de la atención del parto la ginecóloga ingresa a la sala de expulsión donde se encontraba la paciente, le hace la revisión, para ver cuánto tenía de dilatación al mismo tiempo que le colocaba el Toco grafo para escuchar la frecuencia fetal, al no ser tan claro el latido manda al internopor el Ultrasonido para tener una mejor visión, se procede con el mismo, al tiempo que la doctora me indica que la prepare para intervenirla en cesárea de urgencia, rápidamente le coloco el vendaje de miembros pélvicos inferiores y en camilla es llevada al quirófano, donde el equipo quirúrgico ya estaba listo para recibir a la paciente, en dicho evento la enfermera instrumentista comenta que no tiene enfermero circulante, por lo que aunque no es un área o servicio que me correspondiera, pero por la urgencia que se presentaba, fui yo quien circuló la cesárea, se le realizó a la paciente bajo protocolo asepsia y antisepsia, y la colocación de campos estériles para dar inicio a la cirugía.

Al momento de recibir el pediatra el producto masculino, se percata que no respira y no llora, posterior a ello lo lleva a la cuna de calor radiante para brindarle cuidados de reanimación neonatal, se aspira tráquea, se le da ciclo de presión positiva y se procede a intubar, pero dichas maniobras de reanimación no dan resultado favorable, y el producto se da por muerto.

Al producto obtenido se le toma sonometría que incluye las medidas en cuanto a perímetro cefálico, tórax, abdomen, pie y talla, así como el peso. Posterior a ello termina la cesárea sin complicación alguna con la paciente, a ella se le informa que el bebé nació muerto que aun con las maniobras de reanimación no se pudo hacer más nada y el bebé se dio por muerto.

Terminada la cesárea la paciente es pasada al servicio de recuperación, donde ya el enfermero a cargo de ese servicio se encargó de los cuidados de la paciente, mientras

tanto el bebé es identificado con brazaletes en pie y mano, para ser entregado al camillero y éste lo lleve al mortuorio, para seguir con el protocolo estipulado.

Terminadas dichas actividades en el quirófano, me integro a mi servicio de Toco-Labor para continuar con mis actividades.

14. El día [...] del mes [...] del año [...] se recibió el escrito signado por la médica (funcionario público⁴), mediante el cual rindió el informe de ley que le fue requerido por este organismo, y señaló:

La de la voz laboro con cargo médico Anestesiólogo adscrita de jornada acumulada en el Hospital Regional de Puerto Vallarta. Es el caso que el día domingo día [...] del mes [...] del año [...], fui informada aproximadamente a las 1450 horas, de forma verbal por un médico interno de pregrado del caso de una paciente de 24 años, gesta 2, cesárea 1 realizada hace 5 años quien había sido valorada por la doctora ginecóloga en turno pidiendo interconsulta a mi servicio para una analgesia de conducción para parto, me dirigí con la ginecóloga para preguntar el motivo del bloqueo quien me dijo que el diagnóstico era embarazo de término más trabajo de parto en periodo de expulsivo y que a pesar de la cesárea previa que había sido 5 años atrás, consideraba que podía salir el producto vía vaginal.

A las 15:00 horas acudí a revisar a la paciente la cual ya estaba en área de expulsión en donde contamos con una máquina de anestesia para aplicar bloqueos neuroaxiales y sedaciones de forma segura. Como es mi deber y encargo, me presenté con ella, la interrogué, refiriéndome su cesárea anterior, sin otra cirugía, sin alergias, sin toxicomanías, me refirió haber tenido hipertensión durante el embarazo sin tratamiento. Como se consagra en la nota médica, la monitorice registrando signos vitales en parámetros normales TA: 130/71, FC:73, SpO2: 98% contaba con una solución mixta con oxitocina y la cambie por solución Hartman y se administró 500 ml previos al bloqueo.

Con la paciente de cúbito lateral izquierdo, previa asepsia y antisepsia se realiza técnica de bloqueo peridural en espacio L4-L5, punción única, limpia con aguja Touhy llegando a espacio peridural con técnica Dogliotti, se administra Ropivacaina al 2% 10 mililitros, se introduce catéter periduralcefálico 3cm, permeable. Se fija con cinta a la piel de la espalda.

Al notar que la paciente presentaba vómitos y náuseas se le indica al personal de enfermería que se le administra Omeprazol 40 mg intravenoso el cual se administra casi de inmediato. La paciente continuó en decúbito lateral izquierdo con vigilancia de monitoreo de signos vitales continuo y oxígeno en puntas nasales a 3 litro por minutos. Todo esto anterior asentado en una nota en el expediente así como el registro de los signos vitales.

A las 15:50 horas nuevamente un médico de pregrado me notifica que la paciente pasaría a cesárea urgente, acudí rápidamente con la doctora que estaba realizando un eco a la paciente y me comenta que no escucha latido cardiaco y probable óbito fetal, de forma inmediata llevé la camilla directo al quirófano, se activa el catéter peridural con lidocaína con epinefrina 360 miligramos en total con un bloqueo metamérico a T4. A las 16:03 horas inició la cirugía llevada por la doctora Mónica Bibiano y como ayudante un médico interno de pregrado, sin que en mi actuar quepa opinar sobre su participación. Se obtiene recién nacido masculino a término, muerto, peso de 2,300 gramos, apgar (sic) 0, el manejo quirúrgico fue con oxitocina 20 unidades, analgesia intravenosa ketorolaco 60 miligramos, fentanil 150 microgramos.

Sangrado total de 800 mililitros, se administraron cristaloides intravenosos Hartman 2,500 mililitros y solución salina al 0.9% 500 mililitros quedando en un balance negativo de 150 mililitros, mantuvo ventilación espontánea, todo el evento quirúrgico, signos vitales sin variaciones importantes y no existió ninguna complicación relacionada con la anestesia.

Termina la cirugía a las 16:40 horas y la paciente sale al área de recuperación, con T 2 107/72 FC 80 y SpO2 100%, se retira el catéter peridural completo y sale con el diagnóstico post quirúrgico, dictaminado por la ginecóloga de óbito secundario a desprendimiento prematuro de placenta. Posterior a su recuperación anestésica, al tener en la escala Aldrete una puntuación de 10 es dada de alta de la unidad de recuperación anestésica y pasa a Hospitalización en área de ginecología.

En este orden de ideas tengo a bien dar por terminada la redacción de lo ocurrido con la inconforme, manifestándole bajo protesta de decir la verdad, que todo lo referido es verídico, se ha de hacer hincapié de que la suscrita cuenta con un alto nivel académico y ético en la especialidad médica que ejerzo e insisto la atención proporcionada a la paciente fue apegada a la ética en base a los conocimientos teóricos, científicos y prácticos que con los años de preparación y estudio que como especialista he adquirido; sin que en mi responsabilidad recaiga la situación que la quejosa pretende imputar; sin olvidar que la de la voz SE AJUSTÓ A LOS LINEAMIENTOS MARCADOS POR LAS NORMAS OFICIALES MEXICANAS PARA EL EFECTO, ASÍ COMO A LO CONTENIDO EN LA LITERATURA MÉDICA.

- Ahora bien, con el ánimo de que esta Comisión conozca la verdad médica sobre lo ocurrido en vinculación con la suscrita le digo en vía de aclaración respecto a los señalamientos de la quejosa que:
- El día del evento médico la paciente fue ingresada a un área de expulsión y no a un quirófano como erróneamente lo expresa; por lo tanto nunca se le metió ni sacó del “quirófano” como ella lo comenta.

- Plasma en su queja que di la orden de que se le diera Ranitidina, cuando la realidad es que prescribí omeprazol, hecho advertible de la nota médica correspondiente, y el cual verifiqué que se le administrara mientras checaba sus signos vitales, ya que ella también hace mención que se le haya aplicado.
- Anota una acusación subjetiva a mi persona, donde al parecer de forma despectiva le hice el siguiente comentario: “(tal cual como ella lo escribe) “hay miya te pusiste muy sentimental”. Siendo que a partir del momento en que se me notifica el motivo de la cesárea yo me avoqué completamente al bienestar de la paciente haciendo lo necesario para que se le pudiera hacer la incisión quirúrgica de inmediato sin que sintiera dolor, yo en ningún momento cruce palabra y tono de ese tipo con la paciente. Si es que lo escuchó tal vez me confundió con alguna otra persona que en ese momento se encontraba en el quirófano, ya que éramos muchos, sin mencionar que al percatarme yo de la situación mi ética profesional me impide hacer este tipo de comentarios.

En este orden de ideas y una vez descritos los puntos anteriores, con el ánimo de proporcionarle a esa Comisión razonamientos que me beneficien reclamo que la mayor molestia de la afectada PLASMADA EN SU ESCRITO DE QUEJA, radica en que no hubo una atención pronta e inmediata de diverso servicio médico y no por un mal actuar de la suscrita.

Una vez rendido mi informe de ley, tengo a bien oponerme al acceso de mis datos personales a terceros, por así convenir a mi interés y pertenecer tal derecho a la esfera de mis derechos humanos, invocando todos los arábigos aplicables dentro de la LEY DE LA COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS, así como del propio reglamento de la H. Comisión, en específico lo contenido en el capítulo IV, artículo 61 y 62 de la citada ley.

15. El día [...] del mes [...] del año [...] se recibió el escrito signado por el médico (funcionario público²), mediante el cual rindió el informe de ley que le fue requerido por este organismo, y señaló:

El día 31 treinta y uno de la anualidad que corre, esto dentro del turno nocturno en el cual laboro para el Hospital Regional de esta ciudad de Puerto Vallarta, Jalisco, con un horario de las 19:30 diecinueve horas con treinta minutos a las 07:00 siete horas; se recibe a paciente femenina de nombre (QUEJOSA), en el área de urgencias del hospital en comento, a lo cual ingresó a su vez dicha paciente al servicio de “Toco-Cirugía” del nosocomio en mención, misma que contaba con la edad de 24 veinticuatro años, en el tiempo de los hechos.

De lo anterior, es que ingresa al servicio de Toco-Cirugía mencionado, aproximadamente a las 05:50 cinco horas con cincuenta minutos del día citado, siendo esta la primera vez que el suscrito tengo contacto con la C. (QUEJOSA), para lo cual la encuentro con diagnóstico de embarazo de 41.2 (cuarenta y dos punto dos) semanas de gestación, (cálculo por referir la misma paciente su fecha de última menstruación), así también encontrándose la misma, con pródromos de trabajo de parto, más cicatriz uterina previa, paciente comenta que presenta contracciones uterinas desde hace tres días las cuales eran aproximadamente de 3 tres a 4 cuatro contracciones por cada día, refirió que un día anterior, es decir el día [...] del mes [...] del año [...] aproximadamente a las 11 once horas, dichas contracciones aumentaron en frecuencia, refiriendo cefalea de predominio nocturno así como visión borrosa y zumbidos en oídos desde el tercer mes de embarazo; contando con antecedente heredo-familiares: madre diabética y migraña, negando otros antecedentes importantes, con los siguientes antecedentes no patológicos:

Tabaquismo por 8 ocho años de un cigarrillo diario;

Grupo sanguíneo: A positivo;

Alcoholismo alto, (tomó bebidas alcohólicas en cuatro ocasiones, antes de este embarazo)

Antecedentes patológicos:

- Refiere durante su control prenatal le diagnosticaron cifra alta de tensión arterial, esta sin tener tratamiento;
- Cesárea hace 5 (cinco) años por ruptura prematura de membrana y no haber presentado dilatación cervical;
- Presentó en el tercer trimestre de su embarazo: datos de tromboembolia manejada con aspirina a baja dosis y diosmina por diez días.

Antecedentes Gineco-obstétricos:

- Menarca a los 14 (catorce) años de edad;
- Ritmo 30/4;
- Fecha de última menstruación: 15 quince de abril del dos mil quince;
- Inició de vida sexual activa a los diecisiete 17 años de edad;
- Número de parejas sexuales: dos;
- Gesta dos, cesárea una.
- Control prenatal inició al tercer mes de embarazo, seis consultas y tres ultrasonidos obstétricos;
- Vacunas de tétanos e influenza, VIH y VDRL negativos;
- Tensión arterial: 118/88, frecuencia cardiaca: 90, temperatura: 36.6°,

- Frecuencia Respiratoria: 20;

Paciente (QUEJOSA), consiente, tranquila, con área cardio-respiratoria sin compromiso, abdomen con producto único vivo, presentación cefálico longitudinal, dorso izquierdo con frecuencia cardiaca fetal de: 142 ciento cuarenta y dos por minuto, al tacto vaginal cérvix posterior formado dehiscente a un centímetro, miembros pélvicos sin edema normoreflexivos, pelvis reducida, con impresión diagnóstica: embarazo de 41.2 cuarenta y uno punto dos, de semanas de gestación más pelvis reducida. Con plan a seguir: Recabar exámenes de laboratorio, cruzar sangre para interrupción del embarazo vía abdominal.

Por lo cual tengo a bien dar por terminada la relación de lo ocurrido, con la paciente (QUEJOSA), siendo ésta MI ÚNICA PARTICIPACIÓN dentro de este evento médico, ya que posterior el seguimiento de evolución así como realizar cirugía programada no me fue posible realizar, ya que en el nosocomio en comento en el cual laboro, tenemos asignados horarios laborales, por lo cual se encargó diversos compañeros médicos de llevar a cabo dicha intervención quirúrgica y de más atenciones médicas, desconociendo así lo ocurrido con posterioridad a mi participación, manifestándole bajo protesta de decir verdad, que todo lo referido es verídico, haciendo hincapié que cuento con un alto nivel académico y ético en la especialidad médica que ejerzo e insisto, la atención proporcionada a la paciente fue apegada a la ética, en base a los conocimientos teóricos, científicos y prácticos que con los años de preparación y estudio que como especialista he adquirido; sin que en mi responsabilidad recaiga la situación que la quejosa pretende reprochar de los acontecimientos que en su escrito refiere; sin olvidar que el de la voz, SE AJUSTÓ A LOS LINEAMIENTOS MARCADOS POR LAS NORMAS OFICIALES MEXICANAS PARA TAL EFECTO, ASÍ COMO A LO CONTENIDO EN LA LITERATURA MÉDICA.

16. El día [...] del mes [...] del año [...] se recibió el escrito signado por el médico (funcionario público⁹), mediante el cual rindió el informe de ley que le fue requerido por este organismo, y señaló:

Siendo las 4:45 hrs del día [...] del mes [...] del año [...] recibí en el consultorio del servicio de urgencias a la C. (quejosa), la cual acudió por presentar embarazo de aproximadamente 41 semanas de gestación por fecha de última regla, al ingresar realizo el interrogatorio inicial donde me comenta ser su segundo embarazo, el anterior había sido cesaría por presentar desproporción céfalo-pélvica así como insuficiencia venosa (varices), al igual que hipo motilidad fetal pues refería su bebé se movía muy poco en las últimas horas llegando a pasar más de 1 hrs sin presentar movimientos, por lo cual decido su ingreso al servicio de toco cirugía alrededor de las 5 hrs del mismo día, comentando en mi nota de ingreso el motivo de consulta así como el antecedente de cesárea previa y la presencia de varices en miembros inferiores de predominio derecho, a la exploración se encontró femenina con abdomen globoso por útero gestante con

producto único, vivo, en posición cefálica, con dorso a la derecha y una frecuencia cardiaca fetal de aproximadamente 130-140 latidos por minuto. Ingreso paciente femenina a las 5 hrs el día [...] del mes [...] del año [...] al servicio de toco cirugía con diagnóstico de embarazo de 41 semanas de gestación más hipo motilidad fetal.

Sin más por el momento quedo a sus apreciables órdenes para cualquier duda o comentario acerca del presente.

17. El día [...] del mes [...] del año [...] se recibió el oficio [...] suscrito por el médico (funcionario público), director del HRPV, mediante el cual informó que la médica Mónica Leticia Bibiano Hernández se desempeñaba como suplente; que la fecha en que dicha profesionista dejó de prestar sus servicios fue el día [...] del mes [...] del año [...]. Finalmente señaló que ella tomó la decisión de no acudir a los llamados para ocupar las suplencias que regularmente cubría en el referido hospital.

18. El día [...] del mes [...] del año [...] se solicitó el auxilio y colaboración del doctor (funcionario público¹¹), titular de la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco (Camejal), para que emitiera un dictamen (opinión técnica) con la finalidad de determinar si la aquí quejosa (quejosa) fue víctima de algún acto intencional o mala praxis por parte de los servidores públicos señalados como responsables, que trajera como resultado una posible negligencia médica por parte de personal médico adscrito al HRPV.

19. El día [...] del mes [...] del año [...], personal jurídico de este organismo entabló comunicación telefónica con la médica (funcionario público¹²), encargada del área de Peritajes de la Camejal, para dar seguimiento a la petición formulada por este organismo, mediante oficio [...]. En dicha comunicación manifestó que se encontraba pendiente en virtud de que todavía no se reunía con el personal especializado para poder emitir la opinión técnica.

20. El día [...] del mes [...] del año [...], personal jurídico de este organismo entabló comunicación telefónica con la médica Mónica Leticia Bibiano Hernández, a quien se le hizo saber que se estaban realizando las notificaciones a ella dirigidas por estrados, en virtud de que ya no estaba según información proporcionada por el director del HRPV, a cubrir las incidencias como regularmente acostumbraba hacerlo. Se le sugirió que aun así podía, si era su deseo, rendir el informe respecto a los hechos aquí denunciados.

21. El día [...] del mes [...] del año [...] compareció ante personal jurídico de este organismo la médica Mónica Leticia Bibiano Hernández a efecto de manifestar que sí era su deseo rendir el informe relativo a los hechos materia de la presente queja.

22. El día [...] del mes [...] del año [...] se recibió el escrito signado por Mónica Leticia Bibiano Hernández, mediante el cual rindió el informe de ley que le fue requerido por este organismo, y señaló:

En respuesta al oficio anotado, hago las siguientes aclaraciones: En la fecha que ocurrieron los hechos que refiere la paciente (QUEJOSA), domingo día [...] del mes [...] del año [...] correspondiente a la jornada acumulada con horario de las 8:00–20:00 hrs, yo era personal de cubre-incidencias en el servicio de Gineco-obstetricia del HRPVA y a solicitud del médico adscrito a ese turno, cubrí la guardia ese día.

La Sra. (QUEJOSA), ingresó voluntariamente a al Hospital Regional de Puerto Vallarta de la Secretaría de Salud. Por ser una institución del sistema de salud mexicano perteneciente al sector público, la mencionada se considera una paciente del Hospital, por lo tanto no acepto me sea imputada SOLO A MI la atención que recibió durante su estancia en ese nosocomio ya que como institución público hubo otros médicos involucrados en la atención de la paciente. El exceso de volumen de pacientes a atender en los hospitales del sector público de salud, como es el caso del HRPV, ha rebasado peligrosamente la capacidad de atención por un bien conocido “déficit numérico” de personal sanitario, entre ellos, los médicos. Para darle un toque bibliográfico al punto anterior cito, un artículo de revisión: “La tasa de médicos por 1,000 habitantes a nivel nacional es del 1.85, inferior al promedio de los países miembros de la OCDE, que es de 3.0, y al de Argentina (3,0) y Uruguay (3,7)” **Esta y otras anomalías relacionadas con las carencias del Sistema De Salud Mexicano, son bien explicadas en ese artículo. Por lo anterior solicito a la CDNH (sic) intervenga ante las instancias de salud y las correspondientes que tienen el poder de cambiar tales anomalías, para subsanar esta deficiencia. No somos los medios la causa del problema, somos los que lo encaramos. Como dice un slogan de cierto movimiento social, “Yo soy médico 17”, que tan solo el pasado día [...] del mes [...] del año [...] tubo marcha a nivel nacional incluyendo Puerto Vallarta: “Soy médico, no asesino, no Dios”.

23. El día [...] del mes [...] del año [...] se dio vista a la quejosa (quejosa), respecto al informe rendido por las autoridades señaladas como responsables, a efecto de que manifestaran sobre el particular.

24. El día [...] del mes [...] del año [...] se recibió el escrito por la parte quejosa (quejosa) donde manifestó:

Por medio de este conducto hago de su conocimiento que no estoy de acuerdo con lo que se defiende la Doctora Mónica Leticia Bibiano Hernández primero que nada quisiera aclarar que yo (quejosa) nunca he dicho que la Dra. Hay querido matar a mi bebé pero que si es responsable de tal cosa, como ella misma mencionó yo soy paciente del Hospital Regional de Puerto Vallarta. Yo me estuve checando cada mes como lo indicaba el Dr. cada cita que yo iba (sic) el ginecólogo me decía que me tenían que operar antes de llegar a término de mi embarazo, por los antecedentes de mi primer parto y el riesgo de una trombosis, de hecho al ingresar a urgencias el Dr. de guardia llenó una hoja responsiva para cesárea y salpingo (sic) la cual yo firmé.

La doctora no siguió las instrucciones, me forzó a tener parto normal y pues ahí están las consecuencias; que tenían mucha gente tal vez sí. Pero yo perdí a mi bebé todo por ahorrar tiempo y al final me operó para sacarme a mi bebé muerto ¡¡No es justo!!

Ella en todo momento me estuvo “checando” a mí bebé ¿Cómo se dio cuenta de que algo andaba mal? Yo estaba mal con muchos calambres en mi cuerpo, no sabía si era normal o no, nunca había tenido un parto normal y pues había muchas enfermeras y enfermeros y solo me veían así que yo creía que era normal.

Sólo le pedía a Dios que ya pasara todo y poder tener a mi bebé en mis brazos... y así fue, pero lo abracé muerto y creo que no es ¡¡justo!!

Por otro lado, la dra. (sic) mencionó: “Soy doctor, no asesino, no soy Dios” Y claro que no es Dios, pero sí responsable de la muerte de mi hijo y de muchas más desgracias de mi vida. Solo quiero que se haga justicia en la tierra.

25. El día [...] del mes [...] del año [...] se ordenó abrir el periodo probatorio correspondiente por un término de cinco días, por lo que se invitó a la parte quejosa, así como a la autoridad presunta involucrada, a ofrecer los medios de convicción que consideraran pertinentes para acreditar sus respectivos dichos.

26. El día [...] del mes [...] del año [...] se recibió el oficio [...] signado por el médico (funcionario público13), actual director del HRPV, mediante el cual informó que el médico (funcionario público9)había dejado de prestar sus servicios en dicho nosocomio.

27. El día [...] del mes [...] del año [...] se recibió el escrito signado por el médico (funcionario público2), mediante el cual ofreció diversas pruebas

documentales para acreditar su “expertes y experitcia” en la especialidad de ginecología y obstetricia.

28.El día [...] del mes [...] del año [...], personal jurídico de este organismo entabló comunicación telefónica con la médica (funcionario público¹²), encargada del área de Peritajes de la Camejal, para dar seguimiento a la petición formulada por este organismo mediante oficio [...], y manifestó que ya se había analizado el caso por los especialistas ginecólogos y pediatras, que sólo faltaba elaborar la opinión médica por parte de los expertos; que en cuanto estuviera terminada la remitiría a este organismo.

29. El día [...] del mes [...] del año [...], la aquí quejosa (quejosa) se comunicó por vía telefónica con el personal jurídico de este organismo para ofrecer como prueba el resultado del dictamen emitido por el Instituto Jalisciense de Ciencias Forenses (IJCF) con sede en Puerto Vallarta, ya que había presentado denuncia penal en contra de la médica Mónica Leticia Bibiano Hernández, la cual quedó registrada con el número de carpeta de investigación [...].

30. El día [...] del mes [...] del año [...] se solicitó el auxilio y colaboración del licenciado (funcionario público¹⁴), fiscal adscrito a la Dirección Regional Zona Norte de la Fiscalía General del Estado (FGE), para que remitiera copia cotejada del dictamen emitido por IJCF, agregado a la carpeta de investigación [...].

31. El día [...] del mes [...] del año [...] se recibió el oficio [...] suscrito por licenciado (funcionario público¹⁴), fiscal adscrito a la Dirección Regional Zona Norte de la FGE, mediante el cual remitió copia cotejada del dictamen [...] emitido por el perito (funcionario público¹⁵), adscrito al Instituto Jalisciense de Ciencias Forenses de Puerto Vallarta, donde asentó:

[...]

Conclusión: En base a la documentación médico legal revisada así como lo actuado en el expediente correspondiente, podemos considerar que la Dra. Mónica Leticia Bibiano Hernández NO actuó dentro de los principios científicos y técnicas aplicables al caso y aceptados por la especialidad; por lo que SÍ Existe mal Praxis y Negligencia de su parte.

32. El día [...] del mes [...] del año [...] se recibió el oficio, signado por el doctor (funcionario público 11), comisionado de la Camejal, en el que remitió la opinión técnica respecto a la atención médica brindada a la quejosa (quejosa) en el HRPV y asentó:

1.- Resumen clínico del Caso.

Paciente del sexo femenino de 24 años de edad, originaria de [...] y residente en la colonia [...], casada, secundaria incompleta, de ocupación ama de casa, católica.

Antecedentes Heredofamiliares: madre con diabetes.

Antecedentes personales no patológicos: tabaquismo positivo que la paciente refiere haber suspendido durante el embarazo, alcoholismo positivo hasta la embriaguez, referido como de fines de semana y en tres ocasiones durante el embarazo.

Antecedentes personales patológicos: venas varicosas desde los 16 años.

Antecedentes Gineco-obstétricos: menarca a los 14 años, ciclo menstrual 30x4, inicio de vida sexual activa a los 17 años, fecha de última menstruación día [...] del mes [...] del año [...], gesta 2, cesárea 1, durante sus consultas de control prenatal le fue detectado Hipertensión arterial (sin especificar cifras) para lo cual no recibió ningún tratamiento.

Consultas para atención prenatal: martes día [...] del mes [...] del año [...].

Referida por su centro de salud al Hospital Regional de Puerto Vallarta para su revisión con especialista, con diagnóstico de insuficiencia venosa y embarazo de 22.5 semanas de gestación según fecha de última menstruación.

Día [...] del mes [...] del año [...]

Exploración física: Embarazo de 28.4 semanas de gestación por fecha de última menstruación con insuficiencia venosa de predominio en pierna derecha, presión arterial registrada de 120/60, frecuencia cardíaca 75 por minuto, frecuencia respiratoria 22 por minuto, peso 64.5 kgs. Temperatura 36°C; fondo uterino a 28 cms, frecuencia cardíaca fetal 148 latidos por minuto. Se solicita interconsulta al servicio de Angiología.

Día [...] del mes [...] del año [...]

En el expediente se señala: Embarazo de 33 semanas de gestación por fecha de la última regla valorada por el servicio de angiología con manejo conservador, refieren molestias secundarias a proceso varicoso que a la revisión no afecta la región vulvar, exploración física: útero gestante, frecuencia cardíaca fetal 148 por minuto, tacto vaginal diferido.

Presión arterial 136/66 mmHg; frecuencia cardiaca 96 latidos por minuto, frecuencia respiratorio 20 por minuto, temperatura 36°C, peso 68kgs, se solicita ultrasonido y paraclínicos.

Día [...] del mes [...] del año [...], resultado de estudio:

Se encuentra en el expediente Ultrasonido que reporta: embarazo de 32.5 semanas de gestación sin circular de cordón, masculino, feto único vivo, normo-idramnios, placenta norma-inserta grado II de madurez.
Miércoles día [...] del mes [...] del año [...].

Embarazo de 39 semanas por fecha de ultima menstruación. A la exploración física reporta: presión arterial: 120/60, frecuencia cardiaca 69 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 22 por minuto, temperatura 36°C, útero grávido, producto único vivo, posición longitudinal, cefálico, frecuencia cardiaca fetal 156 latidos por minuto, fondo uterino 31 cm, se le otorga cita abierta a urgencias con datos de alarma.

Acude a consulta el domingo día [...] del mes [...] del año [...] al Servicio de Urgencia Toco-cirugía por presentar trabajo de parto refiriendo hipo-motilidad de feto y antecedente de cesárea previa, inicialmente indican extracción por cesárea y posteriormente le realizan manejo de conducción de parto vaginal, que al final se resuelve de urgencia mediante operación cesárea, que concluye con extracción de un recién nacido muerto.

2.- Descripción del acto médico:

Domingo día [...] del mes [...] del año [...], 5.00 horas.

Fecha de ingreso al Hospital Regional de Puerto Vallarta de la Secretaría de Salud Jalisco, con diagnóstico de embarazo de 41.4 semanas de gestación, más hipo-motilidad. Se pasa al servicio de Toco-cirugía.

Domingo día [...] del mes [...] del año [...], 5.50 horas.

Se registra en el expediente el ingreso de la paciente al Servicio de Urgencias Toco-Cirugía presentando embarazo de 41.2 semanas por fecha de ultima menstruación, así como contracciones uterinas tipo trabajo de parto, cefalea de predominio nocturno, acúfenos y visión borrosa de 3 días de evolución. A la exploración física: presión arterial 118/88, frecuencia cardiaca de 90 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 20 por minuto, peso 70 kgs.

A la exploración ginecológica: abdomen globoso a expensas de útero grávido con producto único vivo, presentación cefálica, longitudinal, dorso izquierdo con frecuencia cardiaca fetal de 142 latidos por minuto, tacto vaginal: cérvix posterior, dehiscente un dedo.

Impresión diagnóstica: embarazo de 41.2 semanas más DCP (Desproporción Céfalo-Pélvica).

Plan de manejo: estudios de laboratorio para interrupción de embarazo vía abdominal (operación cesárea).

Domingo día [...] del mes [...] del año [...] 10.50 horas.

Como datos de la exploración física se observa: presión arterial 125/75, frecuencia cardíaca 80 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 20 por minuto, temperatura corporal 36.6°C, cérvix blando con cinco centímetros de dilatación, 60% de borramientos, amniorraxis (ruptura provocada de la bolsa amniótica) con líquido claro grumoso, pelvis útil se registra en el expediente que se decide conducción del parto vía vaginal. Hemoglobina al ingreso 12.3, hematocrito 37.1.

En el expediente se identifica un Partograma con los siguientes registros de la frecuencia cardíaca fetal:

Partograma		
Hora	Latidos por minuto	Observaciones
6:00	146	
7:20	142	
10:00	136	
12:00	135	
13:41	125	
14:03		Se solicita analgesia obstétrica para pasar paciente expulsivo
15:25	No se escucha	Se pasa a Sala para practicar cesárea de urgencia.

Reporte Quirúrgico de operación cesárea: sin horario.

Parcialmente ilegible, con abuso de las abreviaturas. Describe procedimiento quirúrgico resaltando que se encontraron al corte abundantes coágulos y el útero infiltrado con hematomas y desprendimiento placentario en un 50%, obteniéndose producto flácido, sin llanto y se entrega al pediatra. Como dato relevante señala: “Se aprecia desgarramiento cervical de 3 cm. El cual se repara con puntos hemostáticos”, lo que hace suponer que se realizaron maniobras no registradas en el expediente, durante el intento del parto por vía vaginal.

Reporte de anestesiología: sin datos relevantes ni complicaciones. Señala que la cirugía inició a las 16:03 hrs y concluyó a las 16:40 hrs, no precisa la hora de la extracción del niño.

Domingo día [...] del mes [...] del año [...], sin horario.

Se identifican en el expediente dos formatos solicitando estudio histopatológico de placenta extraída durante cesárea, ambos sin firma del médico tratante y en uno se anota que se solicita biopsia pre-operatoria y en otro bipsiatrans-operatoria, ambos incorrectos, debido a que el histopatológico de una placenta se solicita posterior a la cirugía. No se confirma que se haya realizado ni se encuentra reporte histopatológico de la placenta extraída.

Domingo día [...] del mes [...] del año [...], 16.04 hrs.

En la historia clínica del niño se anota: recién nacido masculino, a término, eutrófico, muerto. Sin alteraciones morfológicas evidentes. Peso 2,300 gramos, perímetro cefálico 30 cms., perímetro torácico 30 cms., perímetro abdominal 30 cms; long. Coronilla-talón 50 cms, Apgar 0.

Exploración de signos vitales:

- Ausencia de frecuencia cardíaca.
- Ausencia de movimientos respiratorios
- Rigidez de miembros inferiores
- Palidez generalizada
- Arreflexia pupilar
- Aspiración de sangre líquida y coágulos en tráquea y esófago.

Impresión Diagnóstica: Muerte Fetal.

Domingo día [...] del mes [...] del año [...], 16.04 hrs.

Se encuentra en el expediente certificado de defunción con los siguientes diagnósticos:

- a) Bronco aspiración de sangre materna
- b) Desprendimiento de placenta
- c) Interrupción de la circulación materno fetal.

Domingo día [...] del mes [...] del año [...], 20.20hrs.

En el expediente se incluyen reportes de Trabajo Social que refieren que a petición de los familiares de la paciente se dio a viso al ministerio público, solicitando que el SEMEFO recogiera el cuerpo del niño fallecido, sin registrarse respuesta de la autoridad ni resultados.

Lunes día [...] del mes [...] del año [...], 08:20

La paciente recibe apoyo del Servicio de Planificación Familiar, y aun que en el expediente se incluye una hoja de Consentimiento bajo información, autorizando Oclusión tubárica bilateral, se reporta colocación de implante sub-dérmico en brazo izquierdo como meto de planificación familiar e información sobre este método.

Lunes día [...] del mes [...] del año [...], 13:55 horas.

Se observa que cursa la paciente postoperatorio con anemia, pues se registran datos de Hemoglobina de 8.1 y Hematrocito de 25, por lo que le indican transfusión de un paquete globular para pasar en dos horas lo que no se confirma, lo que no se confirma en las Notas de Evolución ni se registra que se le hayan practicado pruebas cruzadas para realizar este procedimiento.

Martes día [...] del mes [...] del año [...], 8:20 horas.

Se observa registro de tratamiento hospitalario con soluciones parenterales, Cefotaxima, Ketorolaco y Metamizol.

Martes día [...] del mes [...] del año [...], 11:08 horas.

Se registra alta con receta médica (Cefalexina 500mrgs y Paracetamol 500 mgrs)

3.- Resultados obtenidos con cada acto médico realizado.

De acuerdo al análisis del expediente y tomando en cuenta la bibliografía consultada, se observa que la atención médica brindada al binomio madre-hijo se realizó considerado lo siguiente:

3.1 Por las condiciones del embarazo de la paciente, existían indicaciones clínicas para el manejo mediante cesárea de urgencia, buscando entre otras cosas, evitar la pérdida del bienestar fetal, por lo que el examen inicial de la paciente en el Servicio de Toco-cirugía y la decisión de interrumpir el embarazo por vía abdominal mediante una operación cesárea fueron adecuados.

3.2 No se registra en el expediente, ni se toma en cuenta el retardo del crecimiento intrauterino del feto, con relación a las semanas de gestación. (más de 40)

3.3 A pesar de la hipo-motilidad fetal referido por la paciente y el antecedente de cesárea previo no se solicitaron pruebas de bienestar fetal (perfil biofísico, doppler fetal) para valorar de manera objetiva si la conducción del trabajo de parto por vía vaginal era una opción adecuada.

3.4 El partograma y las notas de evolución no describen de forma apropiada el proceso del trabajo de parto, los elementos clínicos que motivaron la decisión de conducirlo por vía vaginal, ni las complicaciones que se presentaron en el proceso expulsivo que llevaron a decidir de urgencia una operación cesárea.

3.5 No se especifican en el expediente las razones por lo que no se realizaron las maniobras de reanimación neonatal avanzada, pues de acuerdo al partograma, el niño tenía pocos minutos de sufrimiento fetal, por lo que era obligado llevar a cabo dicha maniobras.

4.- Manejo aceptado por la literatura médica.

Según la literatura científica vigente no ha evidencia que justifique no iniciar reanimación del recién nacido, basada en el uso de cualquier Score pronóstico en la sala de parto, aparte de la edad gestacional por sí misma, en recién nacidos pre-término de 25 semanas de gestación. (No aplicable en este caso).

La interrupción de la reanimación debe decidirse cuando el recién nacido continúa con Apgar de 0 después de 10 minutos de reanimación, ya que es un predictor importante de morbilidad, y morbilidad, en recién nacidos. Por lo tanto se sugiere que en un recién nacido con Apgar de 0 posterior a 10 min de reanimación que presente frecuencia cardíaca que no es detectables recomendable suspender el apoyo ventilatorio, sin embargo la decisión de continuar o suspender las maniobras de reanimación deben ser individualizadas. Las variables a considerar son: si la reanimación era óptima o existía en forma adecuada disponibilidad para terapia neonatal así como las situaciones particulares de la paciente y el feto antes del parto.

5. Referencias bibliográficas

Ahued J. R (2002) *Ginecología y obstetricia aplicadas*, 2da edición, editorial Manual Moderno.

American Heart Association and American Academy of Pediatrics (2016) *Reanimación Neonatal 7º edición*.

Cunningham et al, (2010) *Williams Obstetricia, Operación Cesárea e Histerectomía periparto*, 23 edición, editorial Mcgraw Hill.

Federación Mexicana de Ginecología y Obstetricia (2014) Programa de actualización Continua para el Gineco-obstetra.

INPER Normas y procedimientos de Obstetricia y Ginecología.

Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida.

6. Conclusiones:

6.1. La paciente debió ser sometida a cesárea de urgencia, tal como fue señalado por el primer médico que la examinó al momento de su ingreso al Servicio de Toco-cirugía

6.2. Se debió practicar prueba de tolerancia a las contracciones o un Ultrasonido ginecológico para valorar el bienestar fetal y la reserva placentaria debido a que la exploración física de la madre se reportó un fondo uterino de 31 cms, (pequeño para un embarazo de término) lo que se relaciona con probable restricción del crecimiento intrauterino del feto.

6.3. No se descarta sufrimiento fetal crónico, secundario a la hipertensión arterial reportada por la paciente durante el embarazo para la que aparentemente no recibió tratamiento médico.

6.4. Se observa evidencia de probable trabajo de parto y período expulsivo prolongado, manipulado, dado la referencia en el reporte quirúrgico de un desgarró cervical, aunque no se comenta en el expediente la colaboración de fórceps u otra maniobra relacionada.

6.5. El pediatra debió haber realizado maniobras de reanimación neonatal. La muerte del niño se atribuye a interrupción de la circulación materno fetal, al parecer ocasionada por un desprendimiento placentario súbito y el tiempo entre la observación de ausencia de frecuencia cardíaca fetal y la extracción del recién nacido mediante cesárea se registra en el expediente como de aproximadamente 15 minutos, por lo que al recibirlo se debieron realizar maniobras de reanimación avanzada.

6.6. Se observa una deficiencia (incongruencia) en el diagnóstico del niño fallecido, ya que mientras que en el expediente se establece diagnóstico de muerte fetal, en el certificado de defunción se señala como causa de la muerte: bronco aspiración de sangre materna y de ser así, se infiere que el niño respiró en algún momento y con mayor razón debió de haber recibido el beneficio de la reanimación avanzada.

1. Recomendaciones y sugerencias:

Elaborar el expediente clínico con apego a la NOM004-SSA3-2012, especialmente en lo relacionado con la consignación de fechas y horarios, la claridad de los registros y evitar el uso inadecuado de abreviaturas.

El Hospital debe mejorar la comunicación entre sus equipos de trabajo y estar preparado para resolver las necesidades de atención médica del binomio madre-hijo en condiciones óptimas durante todos los días de la semana y en los diferentes turnos.

Asimismo, el ejercicio de técnicas de revisión de procedimientos de la atención por parte del equipo de trabajo involucrado como la “autopsia verbal” o cualquier otra que conlleve a medidas o procedimientos para la identificación y gestión de riesgos y con ello a la mejoría de la seguridad de la atención, será necesaria a fin de prevenir y evitar posibles eventos adversos.

Con fundamento en lo dispuesto por el artículo 91-Ter fracción VII de la Ley Estatal de Salud, es imprescindible que el Hospital Regional de Puerto Vallarta realice un plan de acción apegado a las Normas Oficiales Mexicanas y a las Guías Clínicas correspondientes para corregir las desviaciones identificadas.

33. El día [...] del mes [...] del año [...] se ordenó requerir, con motivo del contenido de la opinión médica emitida por la Camejal, a los prestadores de la salud (funcionario público6) y (funcionario público5), para que rindieran el informe de ley.

34. En el mismo día citado, se solicitó el auxilio y colaboración del director del HRPV para que informara si el nosocomio a su cargo contaba con la especialidad en neonatología, pediatría.

35. El día [...] del mes [...] del año [...] se recibió el oficio [...] signado por el médico (funcionario público¹³), director del HRPV, mediante el cual informó que en dicho nosocomio no se contaba en su tabulador de Recursos Humanos con la especialidad de neonatología; agregó que si contaba con la especialidad en Pediatría, misma que era cubierta por once prestadores de la salud en dicha rama, de los cuales cuatro de ellos laboraban jornada nocturna, dos en la matutina, dos en la vespertina y tres para la jornada acumulada de sábado y domingo.

36. El día [...] del mes [...] del año [...] se recibió el escrito signado por el médico (pediatra) (funcionario público⁵), mediante el cual rindió el informe de ley que le fue requerido por este organismo, y señaló:

Informe de la participación en la reanimación neonatal de paciente nacido por cesárea. Paciente = R.N. (QUEJOSA). Sexo = masculino. Edad gestacional = 40 2/7 semanas. Como es la norma la asistencia de un médico pediatra durante el nacimiento atendido por un médico gineco-obstetra, el día [...] del mes [...] del año [...] a las 15:30 hrs aprox; [sic] fue requerida mi presencia para asistir a una operación cesárea de la Sra. (quejosa), a mi ingreso a quirófano fui informado por la Dra. Mónica Leticia Bibiano, que iba a realizar una operación cesárea para la extracción de un producto de la gestación que muy probablemente ya estaría muerto, porque ya no se le detectaba frecuencia cardíaca fetal. Finalmente se me entrega un producto recién nacido, con palidez generalizada, flacidez total, sin automatismo de movimientos respiratorios, sin auscultarse frecuencia cardíaca, así como ausencia de pulsos del cordón umbilical y, arreflexia bilateral de pupilas. Procedo a intubación endotraqueal para aspiración, extrayéndose sangre líquida y en coágulos, así, como mismo material sanguinolento de cavidad gástrica.

-La hora de nacimiento fue a las 16:04 hrs (pm).

-Se ignora el tiempo y la hora del paro cardíaco fetal.

- Ya no se realizaron maniobras de reanimación cardiopulmonar por considerarse la existencia de lesiones cardio pulmonares y cerebrales irreversibles.

DX= muerte fetal.

IN- Útero.

37. El día [...] del mes [...] del año [...] se recibió el escrito signado por la médica (funcionario público6) (pediatra), mediante el cual rindió el informe de ley que le fue requerido por este organismo, y señaló:

Informe de mi participación en el caso del R/N (quejosa) y de la Sra. (quejosa). (Fecha de nac R/N día [...] del mes [...] del año [...]) paciente R/N de 40-2/7 semanas de gestación el cual nace muerto. Sin frecuencia cardiaca, fetal. El cual a su nacimiento el pediatra a cargo (Dr. Samuel (funcionario público5) Balderrama) realiza una aspiración de tráquea obteniendo sangre líquida y coágulos de la tráquea (sangre materna).

R/N con DX de muerte fetal del R/N (quejosa) el cual nació sin frecuencia cardiaca y sin frecuencia respiratoria. Así mismo en mi calidad de subdirector (sic) de jornada acumulada del Hospital Regional de Puerto Vallarta se me informa que no se realizó el certificado de muerte del paciente el cual debía realizar la ginecóloga que atendió a la paciente, ya que el R/N (quejosa) nació muerto, por lo cual tengo que realizar el certificado de muerte fetal del R/N (quejosa). Así mismo el día [...] del mes [...] del año [...] a las 13:55 (sic) se me informa por la enfermera a cargo de la paciente la Sra. (quejosa) que se le había solicitado exámenes una BH de control ya que la paciente tenía sangre libre en cavidad uterina al realizarse la cesárea. Dicho examen se pidió para valorar la magnitud del sangrado de la paciente y al no contar con ginecólogo en el servicio de hospitalización en el Servicio de Ginecología. Se me presentan los resultados de laboratorio que se solicitaron a la paciente mostrando una anemia severa BH con una Hb de 8.10 HTCO de 25 al momento de su ingreso la Hb era de 11:30 con una HTCO de 34.20 previo a la cesárea. Motivo por el cual indicó después de revisar a la paciente que presenta palidez generalizada una transfusión de un paquete globular para tratar la anemia severa que presentaba la Sra. (quejosa).

II. EVIDENCIAS

Caso a

a) El día [...] del mes [...] del año [...], a las 05:00 horas, (quejosa), al HRPV, con más de cuarenta y un semanas de gestación, por presentar trabajo de parto. Se le detectó hipomotilidad del feto y antecedentes de cesárea previa, por lo que se ordenó su pase al Servicio de toco-cirugía para extracción del producto vía cesárea.

b) En la misma fecha, pero a las 05:50 fue ingresada al Servicio de Urgencias de Toco-cirugía con el producto único vivo, con frecuencia cardiaca fetal de 142 latidos por minuto.

c) El día [...] del mes [...] del año [...] a las 10:50 horas, ingresa a quirófano con ruptura de la bolsa amniótica provocada, para extracción por cesárea, pero el bebé nace sin vida.

De las constancias que integran el presente expediente tienen especial relevancia las siguientes:

1. Instrumental de actuaciones consistente en el acta circunstanciada formulada por el personal jurídico de este organismo, relativa a la ratificación recabada a la aquí (quejosa), descrita en el punto 4 del apartado de antecedentes y hechos, para fortalecer las evidencias a, b y c.

2. Prueba documental consistente en los informes de ley rendidos por los prestadores de la salud (funcionario público7), (funcionario público10), (funcionario público4), (funcionario público2), (funcionario público9), Mónica Leticia Bibiano Hernández, (funcionario público5) y (funcionario público6), todos adscritos al HRPV, descritas en los puntos 11, 13, 14, 15, 16, 22, 37 y 38, respectivamente, del apartado de antecedentes y hechos, para fortalecer las evidencias a, b y c.

3. Documental consistente en el expediente clínico elaborado con motivo de la atención médica brindada a la aquí quejosa (quejosa) durante su instancia en el HRPV, descrita en el punto 4 del apartado de antecedentes y hechos, para fortalecer las evidencias a y b.

4. Documental consistente en el dictamen técnico, signado por el médico (funcionario público11), titular de la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco, relativo a la opinión médica sobre la atención brindada a la aquí quejosa (quejosa), descrita en el punto 32 del apartado de antecedentes y hechos, para fortalecer la evidencia c.

5. Instrumental de actuaciones consistente en las constancias de notificación y los acuerdos dictados en el presente expediente de queja, que tiene relación y fortalece las evidencias a, b y c.

I Antecedentes y hechos:

Caso b

1. El día [...] del mes [...] del año [...] se inició de oficio la queja [...], basada en el contenido de la nota informativa publicada en el diario *Tribuna de la Bahía* el día [...] del mes [...] del año [...], con el encabezado “Acusan de dejar morir a recién nacido por desatención médica en el Regional”. La nota informaba que la aquí agraviada, el día [...] del mes [...] del año [...], a las 4:00 horas, había acudido al HRPV, por presentar dolores de parto y contar con 35 semanas de gestación, por lo que fue ingresada, pero las enfermeras se la pasaron regañándola en el sentido de que estaba muy grande para seguir teniendo hijos; que la dejaron sola en la cama mientras ellas estaban distraídas con sus aparatos celulares. A ella se le vino el niño lo que ocasionó que bebiera líquido mismo que se le fuera a los pulmones, lo cual le provocó la muerte.

2. El día [...] del mes [...] del año [...] se dictó acuerdo en calificación pendiente hasta que no fuera identificada la parte agraviada y se recabara la ratificación respectiva.

3. El día [...] del mes [...] del año [...] se solicitó el auxilio y colaboración del director del HRPV, a efecto de que proporcionara la siguiente información:

a) Precisara si tenía conocimiento de los hechos narrados en la nota periodística de *Tribuna de la Bahía*, en la que se narraban hechos donde resultó agraviada (quejosa²), a causa de las probables violaciones de sus derechos humanos, por parte del personal médico y de enfermería adscrito a dicho nosocomio.

b) En su caso, rindiera un informe pormenorizado en el que se consignaran los antecedentes, fundamentos y motivaciones de los actos u omisiones que se imputan al personal médico y enfermería a su cargo. Asimismo, que proporcionara los documento y elementos de información que contribuyeran a esclarecer los hechos, así como el nombre de los servidores públicos que participaron en los acontecimientos, y fuera el conducto para notificarles que debían rendir un informe relativo a su participación en los términos de los artículos 60 y 61 de la Ley de la Comisión Estatal de Derechos Humanos.

4. El día [...] del mes [...] del año [...] se recibió el oficio [...], signado por el entonces director del HRPV, médico (funcionario público), mediante el cual informó que sí estaba enterado de los hechos descritos en la nota periodística respecto a la paciente (quejosa2), quien fue atendida en el área de toco-cirugía, posteriormente pasada al área de expulsión; que el motivo de la defunción del recién nacido fue a una insuficiencia respiratoria secundaria al déficit de factor surfactante del recién nacido prematuro, así como el nombre del ginecólogo que atendió a la aquí quejosa, siendo éste el médico (funcionario público16).

5. En la fecha que antecede se recibió el informe rendido por el médico (funcionario público16) (ginecólogo), mediante el cual rindió el informe de ley y manifestó lo siguiente:

Resumen clínico del día [...] del mes [...] del año [...] a las 04:22 horas, en la que se asentó lo siguiente:

El día [...] del mes [...] del año [...] en el área de toco cirugía revisé a la paciente (QUEJOSA2) de 39 años ingresada a las 4:22 horas de ese mismo día con diagnóstico de embarazo de alto riesgo de 35.5 semanas de gestación complicado con rupturas de membranas de las 23 horas del día anterior más hipotensión gestacional. Manejada desde su ingreso con antibiótico, y doble antidepressivo, dosis iniciar de inductor de madurez pulmonar fetal y vigilancia de sus constantes vitales y frecuencia cardiaca fetal. Encontrando a mi exploración presión arterial de 110/60 mmhg, temperatura de 36 g, frecuencia cardiaca 80 por minuto consciente, bien orientada, sin datos de vaso de espasmo, sin compromiso cardiorespiratorio, abdomen con útero gestante producto, longitudinal, cefálico, frecuencia cardiaca de 153 por minuto genitales cérvix 90% borramiento 2 cm de dilatación amnios roto signo de Tarnier positivo salida líquido claro, miembros pélvicos sin edema.

Examen general de orina sin proteínas no datos infección

Hemograma hb 12.3g ht 37.1 leuco 7.00 plaquetas 159 O POSITIVO

PERFIL HEPÁTICO EN RANGOS NORMALES

Dejándose como plan de manejo continuar vigilancia tensiones arteriales, actividad uterina y frecuencia cardiaca fetal como consta en parto grama su registro, limitado tactos por el antecedente de ruptura de membranas esperando evolución vía vaginal, avisándose al servicio de Pediatría para la atención del recién nacido prematuro en su momento. Se atendió parto eutócico a las 13:37 horas en sala y mesa de expulsión (ver nota de registro de enfermería) previo protocolo de asepsia y antisepsia con un Apgar de 8/9 peso de 2900g siendo entregado desde su nacimiento al servicio de neonatología para su manejo especializado. Se atendió alumbramiento y revisión del carnal de parto

sin complicaciones.

6. El día [...] del mes [...] del año [...] se solicitó el auxilio y colaboración del entonces director del HRPV, médico (funcionario público), para que remitiera copia certificada del expediente médico iniciado con motivo de la atención brindada a la paciente (quejosa2).

7. El día [...] del mes [...] del año [...] se recibió el oficio [...] signado por el entonces director del HRPV, médico (funcionario público), mediante el cual adjuntó copia del expediente clínico derivado de la atención brindada a la paciente (quejosa2), del cual en relación con los hechos que se investigan, destacan las siguientes constancias:

Doctor (funcionario público²⁶). Gineco-Obstétrica/Colposcopias.

Hoja de Hospitalización. Ingreso día [...] del mes [...] del año [...]. Egreso día [...] del mes [...] del año [...]. Servicio Toco-cirugía. Afectación principal. Amenaza de parto prematuro + embarazo 34 SDG + P-PM. Segunda Puerperio fisiológico. Procedimientos diagnósticos, terapéuticos y quirúrgicos. Atención de parto. Medicamentos. Sol intravenosas. Estudios de laboratorio. Cuidados de enfermería. Atención obstétrica. Numero de gestación 06. Partos 06. Abortos 00. Extracción o expulsión sí. Tipo de atención aborto. Con producto único. Tipo de nacimiento Eutócico. Planificación familiar Solo hormonal. Peso al nacer (gramos) 2400. Masculino.

Análisis clínicos: Química Clínica, Hematología. Rayos X: Ultrasonido obstétrico

Doctor Toraya

Nota de egreso. Mejoría. Diagnósticos finales. PUERPERIO FISIOLÓGICO. Resumen de evolución y estado actual. Femenino de 39 años, G 6, P 6, A O, CO, la cual cursa su puerperio inmediato, completo sin complicaciones, Deambula (x), Tolera Vía Oral (x), Micción (x), Evacua (x), Canaliza gases (x), Hemotipo (O), RH +. Se atiende parto Eutócico por el cual se obtiene RN vivo, Género Masculino, pesando 2400 GRS, Talla 42 CM, APGR 8/9, SA), Capurro) SDG.

Actualmente la paciente se encuentra consciente, tranquila, cooperadora, buen estado de hidratación, con buen patrón respiratorio, sin dificultad respiratoria, cardiopulmonar sin compromiso, abdomen blando, depresible, útero con correcta involución, no doloroso, al tacto vaginal no se encuentran gasas, coágulos, ni restos; loquios escasos extremidades sin edema hemodinámicamente estable, sin datos de bajo gasto y sin sangrado activo.

Manejo durante la estancia intrahospitalaria: atención del trabajo de parto, soluciones intravenosas, medicamentos, laboratoriales, cuidados generales de enfermería.

Doctor (funcionario público²⁶). Gineco-Obstétrica/Colposcopias.

Orden médica de fecha día [...] del mes [...] del año [...] a las 4:30 horas. Alta con receta. Cita a centro de salud en 7 días.

Hoja de registro de enfermería de fecha día [...] del mes [...] del año [...] a las 04:10 horas. Consiente (sic) orientada temor. Temor R/C, Intervención quirúrgica. Disminuir temor. Signos vitales. Celfa por orden médico.

Hoja de registro de enfermería día [...] del mes [...] del año [...] a las 4:10 horas. Consiente, palidez, tegumentos, movimientos fetales, procintos salida de líquido transvaginal ilegible 6 RPH dilatación. Riesgo de la ilegible materno fetal no ruptura de membranas. Disminuir riesgo. Hartmann 1000 cv P/8 SOL Glucosada 57.1000 p/8 Dexatoetaxona 8 ilegible /12 Alfametadopa 500g usc/8. Toma de signos vitales, Canalización laboratoriales, vigilar fc materno fetal. Pasa a toco, tiene parámetros estables de T/S e/Hrs. Consiente, palidez de tegumentos, abdomen globoso con movimientos fetal, sangrado transvaginal escaso, pasa al expulsivo de ilegible, se coloca en posición del ilegible, expulsión recién nacido, producto prematuro masculino sin capica alumbramiento. Riesgo de la diada, materno fetal r/c ruptura de membranas, riesgo de sangre r/c posparto inmediato. Disminuir riesgo. Sol. Glucosada 5X 100 ml, oxitocina 20 20 ur, sol Hartmann 1000 + 2001 ilegible, cefotaximadgrs +.v c/8 hrs, ketorolaco 30/mgiv, Hartmann 10000 p/1. Signos vitales, medidas de seguridad y confort, vigilar frecuencia fetal. Se asiste a parto eutócico sin complicación, vigilancia de sangrado. Se atiende asiste evento, cambio de toalla. Sangrado moderado, continúa un sangrado moderado, en observación.

Doctor (funcionario público²⁴)

Nota de evolución. De fecha día [...] del mes [...] del año [...] a las 4:22 horas, servicio de urgencias. Paciente femenino que acude por referir dolor abdml tipo cólico acompañado con salida de líquido transvaginal ilegible. Niega alergias, desconoce grupo sanguíneo. AGO 66, P5, AOCO, FUM: 7-junio. 15, FPP, 14, control si DOC No. Actualmente refiere movimientos fecales, lo demás ilegible. Se encuentra consciente, orientada y lo demás ilegible. Dx A pp RPM + MultigralEms 35.4. Ilegible. día [...] del mes [...] del año [...] a las 4:50 horas (al parecer hay un error en la fecha) Persona 39 años 6.6 P q resto ilegible.

Doctor Preciado

Nota de evolución, servicio Toco-cirugía de fecha día [...] del mes [...] del año [...] a las 7:50 horas, TA. 110/70.T° 36°. FC 80. 4 horas de estancia en este servicio embarazo

de alto riesgo de 35 semanas de gestación complicado con ruptura de membranas + hipertensión gestacional a descartar preeclampsia, manejada desde su ingreso con antibiótico, doble antihipertensivo y dosis de esteroide como inductor de madures pulmonar fetal. Actualmente sin datos de vasoespasmo, consiente, refiere actividad uterina irregular y salida transvaginal de líquido claro desde las 23 horas del día de ayer. A la exploración buena coloración tegumentaria, abdomen globoso por panículo adiposo y útero gestante, frecuencia cardíaca fetal = 153 por minuto. Orientales: Al tacto cérvix 90% de borramiento, 2 centímetros de dilatación sarnier +, líquido claro no fétido, miembros pélvicos: Sin edema. Examen general de orina: Negativo para proteínas y/o datos de infección. Biometría hemática: Hemoglobina 12.3, Leucocitos 7.8 plaquetas 159. Perfil Hepático: sin alteraciones. Plan: Vigilancia progresión trabajo de parto y de presiones arteriales. Queda a evolución vaginal por edad del producto y ruptura de membranas no complicada, se avisara a pediatría para la atención del recién nacido pre término. Pronostico: reservado a evolución por prematurez y ser un embarazo de alto riesgo (multigesta, multifara, añosa y ruptura de membrana + hipertensión gestacional.

Doctor (funcionario público24)

Orden médica. Servicio de urgencias del día 05/02/10 a las 4:10 horas. Ayuno, solución Hartmann de 100 ml p/8 hr, solicitar Blt, TP, TP+, vigilar FCF y lo demás ilegible, SUPT y CC, pasa a labor Ginecología y Obstetra. (funcionario público2)

A las 4:55 horas, Ayuno, glucosada al 5% 1000 cc p/ 8 horas, Dexametasona 8 mg c/12 horas TM, Solicitar EGO, pruebas de función hepática (TGO, TGP, DHL, bilirrubinas), química sanguínea (urea, creatinina, ácido úrico), Grupo y RH, vigilar FCF y actividad uterina, signos vitales por turno y cuidados generales de enfermería, Alfametildopa 500 mg VO cada 8 horas, Hidralazina 50 mg VO cada 6 horas, cefotaxima 1 gramo cada horas IV.Dr. Preciado. A las 7:45 horas Ayuno, solución glucosada al 5% 1000 cc + 5 unidades de oxitocina (20 gotas por minuto), cefotaxima 1 gramo IV c/8 horas, decúbito lateral izquierdo, signos vitales por turno y cuidados generales d enfermería, vigilar frecuencia cardíaca fetal, recabar laboratoriales (examen general de orina). Dr. Preciado

A la 1:44 pm indicaciones postparto. Ayuno, solución Hartmann 1000 cc + 20 de oxitoxina al terminar la actual, Ketorolaco 30 mg Tv c/8 hrs, vigilar sangrado transvaginal ilegible uterino., TA cada 4 horas, pendientes salpinglocasis, SVPT CC+E. Dr. Figueroa

A las 17:10 horas. Dieta normal, ayuno después de las 24:00 horas, solución Hartmann 1000 cc p/12 hrs, cefotaxima 1 gr IV c/8 hrs, Ketorolaco 30 mg IV c/6 hrs, vigilar sangrado transvaginal y tono uterino, TA cada 4 horas reportas si TA > 140/90 SVPT y CGE, pasar a piso, pendiente salpingoclasia. Dr. Preciado

Nota post-parto de fecha día [...] del mes [...] del año [...]. Paciente femenina de 39 años de edad, G 6/ P 6/ A/O/CO ingresa a sala de expulsión con borramiento y dilatación completos, se coloca en cama ginecológica con posición de litotomía, se realiza aseo de área genital con técnica de asepsia y antisepsia. Se re realiza sondeo vesical, posteriormente se colocan campos estériles, se realiza episiotomía, sea atiende parto obteniendo producto único, vivo de género masculino de 2900 gr de peso, cm de talla, con Apgar 8/9, Silverman y Capurro, SDG a las 13:27 hrs. Se aspiran secreciones de boca y narinas con perilla, se pinza y corta cordón umbilical y se deja a cuidado de pediatría para cuidados con maniobra de Brandt- Andrews, se procede a realizar revisión de cavidad, se repara episiotomía de grado con Catgut crómico. Se asean nuevamente genitales y se pasa camilla con destino a alojamiento conjunto. Sangrado aproximado de 200 ml. Paciente si desea realizarse OTB. Análisis clínicos: Uroanálisis, Química clínica, Hematología. P.E.S.S Omar A. (funcionario público5)

Nota de evolución de fecha día [...] del mes [...] del año [...] a las 8:20 horas. Planificación familiar. Persona femenina de 39 años de edad en puerperio fisiológico sin complicaciones aparentes. Gesta 6 Parto: 6 Aborto: 0 Cesárea: 0. Se le da consejería sobre planificación familiar por lo que elige y se le aplica la inyección bimensual como método anticonceptivo.

8. El día [...] del mes [...] del año [...] se solicitó el auxilio y colaboración del médico (funcionario público11), titular de la Camejal, para que emitiera un dictamen (opinión técnica) con la finalidad de determinar si la causa de muerte del recién nacido, hijo de la paciente (quejosa2), se debió a que ésta presentaba amenaza de parto prematuro.

9. El día [...] del mes [...] del año [...] se recibió el oficio [...] suscrito por el médico (funcionario público11), titular de la Camejal, mediante el cual manifestó que a efecto de emitir la opinión médica descrita en el punto que antecede, resultaba necesario contar con las constancias médicas respecto a la atención brindada al recién nacido, hijo de (quejosa2).

10. El día [...] del mes [...] del año [...] se solicitó el auxilio y colaboración del entonces director del HRPV, médico (funcionario público), para que remitiera copia del expediente o constancias médicas relacionadas con la atención brindada al recién nacido, hijo de la (quejosa2).

11. El día [...] del mes [...] del año [...] se recibió el oficio [...] signado por el entonces director del HRPV, médico (funcionario público), mediante el cual adjuntó copia del expediente clínico derivado de la atención brindada al recién

nacido, hijo de (quejosa2), del cual en relación con los hechos que se investigan destacan las siguientes constancias:

Dra. Azucena Ponce
Notas de evolución
Diagnóstico de ingreso:

- RN pretermino 35 semanas de gestación con peso adecuado para edad gestacional.
- Riesgo de sepsis por ruptura prematura de membrana 14 horas.
- Síndrome de dificultad respiratoria secundaria de déficit de surfactante.

Plan: Ayuno, antibioterapia, control estricto de líquidos, notificar eventualidades, vigilancia de patrón respiratorio, vigilancia de datos de síndrome de respuesta inflamatoria sistémica.

Día [...] del mes [...] del año [...] a las 17 b. PN Masculino en sus primeras horas de vida con diagnósticos mencionados.

Se mantiene con ayuno con fase II de ventilación con CPAP cm, saturación = 94-96% cm, soluciones a través de onfaloclis con manejo de antibióticos Ampicilina-Amikacina sin datos de respuesta inflamatoria sistemática. Sus VHA 6: fc 178: KR: 70, T: 37 °C, ilegible 113 cm, buena coloración, manifestaciones de dificultad ilegible leve por TIC y RX: con campos pulmonares ventilados y sin exudados, ilegible no soplo. Abdomen blando, ilegible con onfaloclis permisible. Extremidades con llenado capilar espontáneo

Paciente que tiene con riesgo de complicación

Plan: se mantiene cm CPAP Natal, Ayuno ilegible, vigilar patrón ilegible y sris. Ilegible.

Nota de Ingreso a UCEN (Masculino) del día [...] del mes [...] del año [...] a las 13:56 horas.

Peso: 2400, Talla: 47 cm PC: 32.5 cm PT: 32 cm PA: 31 cm Apgar: 8.9 SA: 05 Capurro: 35 FC: 150 lpm FR: 60 RMP T° 36°

Antecedentes maternos:

Madre (quejosa2), originaria de Sinaloa y residente de Bahía de Banderas, cuenta con secundaria completa, en unión libre, se dedica al hogar, refiere regular calidad de la

alimentación. Gesta 6, Para 6. Refiere no padecer enfermedades crónicas degenerativas.

Antecedentes Gestacionales:

Multigesta refiere haber acudido a 7 consultas de control, prenatal iniciando revisiones desde el 2 trimestre. Pruebas de VIH y VDRL negativas. Ingesta de ácido fólico, hierro desde el tercer mes de embarazo. Ingesta madre a tococirugía por presentar amenaza de parto pre-término y ruptura prematura de membranas del día [...] del mes [...] del año [...] a las 23:00 hrs por lo que se ingresa se inicia manejo con cefotaxima y dexametasona solo aplicándose 2 dosis continuando con trabajo de parto al completar dilatación y borramiento y pasa a expulsivo.

Antecedentes perinatales.

Se recibe producto vía vaginal en la cual al momento del nacimiento respira y llora al nacimiento, se estimula, pinza y corta cordón. En una cuna de calor radiante se seca, se califica con Apgar 8/9, silverman Anderson de 5, a expensas de aleteo nasa, disociación toracoabdominal, tiraje intercostal, se procede a aplicar vitamina k y cloranfenicol, se realiza somatometría, posteriormente coloca onfalocclisis y se coloca CPAP nasal.

Fecha de nacimiento: día [...] del mes [...] del año [...]. Apgar: 8-9. Hora de nacimiento: 13:27 Edad gestacional: 35 semanas (Capurro) Exploración física: Paciente activo y reactivo, silverman Anderson 2 con apoyo de CPAP nasal, cráneo con fontanela hermotensa, mucosas bien hidratadas, normocefalo, orejas simétricas sin deformidades, paladar integro. Cuello simétrico sin adenomegalias palpables. En tórax los campos pulmonares están bien ventilados, sin sibilancias o estertores, precordio rítmico sin agregado. Abdomen blando, depresible peristalsis presente en la auscultación se coloca onfalocclisis previa asepsia y antisepsia colocándose central quedando 12 por medida sin embargo no se toma aun radiografía de abdomen por no haber portátil. Extremidades integrales y eutróficas. Genitales fenotípicamente masculinos y cronológicamente acordes a edad y sexo. Reflejos primitivos presentes, clínicamente sin datos de respuesta inflamatoria sistémica.

Se toma radiografía de tórax en la cual se observa 7 espacios intercostal con presencia de infiltrado micronodular así con broncograma aéreo que llega a la línea media clavicular. Dra. (funcionario público 6)

Nota de evolución nocturno del día [...] del mes [...] del año [...] a las 10:40 hrs. FC: 14 lpm FR: 65 rpm Temp: 37.1 °C SPO2: 96% DxTx: 88 Peso: 2400 gr FI: día [...] del mes [...] del año [...] EIH: 1 día. Paciente masculino que se encuentra cursando su 1 día de vida extrauterina y estancia intrahospitalaria con diagnóstico ya conocidos por

el servicio. Recién nacido de pre término de 35 SDG. Peso adecuado para la edad gestacional. Síndrome de dificultad respiratorio o déficit de surfactante. Sepsis sin germen aislado Neumotórax izquierdo. Sello pleural. Crisis convulsivas.

Encefalopatía hipoxico isquémico. Encuentro paciente en cuna térmica con apoyo ventilatorio fase III de ventilación con saturaciones por arriba de 92% con signos vitales dentro de los parámetros con taquipnea, afebril, en ayuno, con micciones uno en todo el día. Con sello pleural a derivación funcional. Múltiples convulsiones esporádicas.

A la exploración física paciente bajo sedación en mal estado general, con buena coloración, ligeramente deshidratante, cráneo normocefalo, campos pulmonares ventilados, con apoyo ventilatorio, se auscultan secreciones, las cuales son aspiradas, ruidos cardiacos mínimos, sin ruidos agregados, con onfalocclisis permeable funcional sin datos de infección, abdomen blando depresible, peristolasis presente, sin datos d irritación peritoneal, extremidades integras llenado lento.

Paciente MUY GRAVE, con mala evolución, actualmente estable posterior a eventos presentados por la tarde, (cianosis generalizada a pesar de CPAP nasal, con saturaciones por debajo de 70% se intuba y toma radiografía de control encontrado neumotórax izquierdo, así mismo presenta convulsiones esporádicas y varios episodios de apneas con saturaciones por debajo de 50% poco sostenibles presión positiva, se coloca sello pleural y apoyo ventilatorio en fase II. se mantiene hemodinámico con presencia de múltiples convulsiones esporádicas que provocan desaturaciones, por debajo de 80%. Con datos de respuesta inflamatoria sistémica.

Pendiente toma de radiografía de control, gasometría.

Condición: muy grave con alto riesgo de mayores complicaciones y muerte.

Plan: ayuno, antibiótico terapia, baja sedación, vigilar patrón respiratorio así como datos de respuesta inflamatoria sistémica. (funcionario público17).

Nota de defunción del día [...] del mes [...] del año [...] a las 10:00. RN con los mencionados en notas graves presenta desaturación y bradicardia, ilegible y se inicia Reanimación Avanzada requiriendo 3 dosis de ilegible compresores torácicas sin respuesta a maniobra, se da hora de defunción a las 9:30 horas con los ilegible. Insuficiencia respiratoria aguda. Neumotórax ilegible. Déficit de surfactante. Prematurez de 35 s/gPssepsis. (funcionario público18).

Nota de evolución Nocturno UCIN del día [...] del mes [...] del año [...] a las 23:40hrs FC: 136 lpmFR: 44-70 rpmTemp: 37.3 °CSpO2: 96%DxTx: 21Peso 2400 grFI: 05/02/16EIH 1 día. Paciente masculino que se encuentra cursando su 1 día de vida

extrauterina y estancia intrahospitalaria con diagnóstico ya conocidos por el servicio de:

- Recién nacido de pre-término de 35 SDG
- Peso adecuado para la edad gestacional
- Síndrome de dificultad respiratoria secundaria a déficit de surfactante.
- Riesgo de sepsis por RPM materna de 14 horas de evolución.

Se reporta fase II de ventilación con CPAP nasal, mantiene estable con signos vitales dentro del parámetro normales para la edad, afebril, metabólico estable con dextrosis normales, en ayuno, con micciones presentes evacuaciones no al momento, saturaciones arriba de 90%.

A la exploración física paciente activo con buena coloración, buen estado de hidratación, cráneo normocefalo, con patrón respiratorio regular, campos pulmonares con adecuada entrada y salida de aire, se auscultan con estertores burbujeantes transmitidos por CPAP, no fenómenos exudativos, ruidos cardiacos rítmico, sin ruidos agregados, con onfaloclisia permeable funcional sin datos de infección, abdomen blando depresible, perístasis presente, sin datos de irritación peritoneal, extremidades integra, buen llenado capilar. Reflejos primitivos presentes.

Paciente con evolución estable hasta el momento con CPAP nasal 5 litros por minutos, con adecuada tolerancia saturado arriba de 95%. Se mantiene hemodinámico y ventilatoriamente estable hasta el momento sin datos activos de respuesta inflamatoria sistémica. Se continuara estrecha vigilancia de evolución clínica continua con esquema de antibióticos.

Paciente delicado, con riesgo potencial de complicación, pronóstico reservado a evolución.

Plan: ayuno antibiótico terapia, vigilar patrón respiratorio así como datos de respuesta inflamatoria sistémica.

Dr. Juan Domínguez

Nota de evolución matutino del día [...] del mes [...] del año [...] a las 10:40 horas.
FC: 141 lpmFR: 46 rpmTemp: 37.1 °CSpO2: 96%DxTx: 88PESO: 2400 grFI:
05/02/16EIH: 1 día DMH: 2.7. Encuentro a paciente en cuna térmica con apoyo ventilatorio en fase II de ventilación con CPAP nasal, con saturaciones por arriba de 92%, se mantiene estable con signos vitales dentro de parámetros normales para la edad, afebril, metabólicamente estable con dextrosis normales, en ayuno, con micciones presentes y normas (DMH 2.7 ml/hr) sin reportarse evacuaciones hasta el momento.

A la exploración física paciente activo reactivo con buena coloración, buen estado de hidratación, cráneo normo céfalo, con patrón respiratorio regular, campos pulmonares con adecuada entrada y salida de aire se auscultan con estertores burbujeantes transmitidos por CPAP, no fenómenos exudativos, ruidos cardiacos rítmicos, sin ruidos agregados, con onfaloclisia permeable funcional sin datos de infección, abdomen blando depresible, perístasis presente, sin datos de irritación peritoneal, extremidades íntegras, buen llenado capilar,. Reflejos primitivos presentes.

Paciente con evolución estable hasta el momento con CPAP nasal 5 litros por minuto, con adecuada tolerancia saturando arriba de 95%. Se mantiene hemodinámico y ventilatoriamente estable hasta el momento sin datos activos de respuesta inflamatoria sistémica. Se continúa estrecha vigilancia de la evolución clínica continua con esquema de antibióticos.

Paciente delicado, con riesgo potencial de complicación, pronóstico reservado a evolución.

Plan: Ayuno, antibiótico terapia, vigilar patrón respiratorio así como datos de respuesta inflamatoria. A las 14:00 horas. Presenta ilegible generalizada Apnea. Se da presión positiva, sin mejorar se decide intubar y se toma Px de tórax en la que se observa Neumotorax Aprox 50% izquierdo, se coloca sello de paciente grave. A las 20:00 hrs. se coloca sello pleural, se le informa al padre de la gravedad. Pendiente control radiológico.

(funcionario público19).

Nota de Registro de Enfermería del día [...] del mes [...] del año [...].

Activo-reactivo, dificultad respiratoria, prematuro con ventilación fase 2 CPAP, SCC, ilegible. Patrón respiratorio ineficaz, R/C prematuro, M/P Disnea. Riesgo de infección /c procedimiento ilegible. Oxigenoterapia. Control de riesgo.VIT K.5mg imDv, cloranfenicol 2gts c/ojuDv, Gluc 10t. 6.8mt +1.6 Gluc. Co 8hr. Ampicilina 120 mg c/12 hs. Aminacina36 mg c/24 hs. Amofilina 12mg N P1hrs O.V. Aminofilina.S. Vitales. CGE. Oxigenoterapia. Colación: CPAP Nasal con onfaloclisia. Glicemia capilar c/8hs 16 24. Ministración de medicamentos. Pasa a cunero patológico. Mejora coloración vespia. Pasa al siguiente toma en observación.

(funcionario público20)

Nota de Registro de enfermería del día [...] del mes [...] del año [...].

Archivo reactivo irritable, rubicundo, Cs Ps bien ventilado, abdomen blando, CPAP nasal funcional, presenta débil esfuerzo respiratorio y cianosis desaturación, se coloca TED y UMA. Patrón respiratorio ineficaz r/c prematurez m/p cansado de los músculos respiratorios. Mantener el estado respiratorio. Glucosa 10 % 75ml + ilegible 1.6 ml. Ampicilina 12 mg IV C/12 hrs. Amikacina 36mg IV C/12 hrs. Aminofilina 2.4 mg IV C/8. Resto ilegible. Toma de signos vitales. Farmacoterapia. Aspiración gebhl de secreciones se asiste en colocación detuvo entotraqueal. DxTx c/hrs. monitoreo

continuo se asiste en fijación y colocación de sello de agua pulmón izq. Estable, grave. Se entuba y se pasa a UMA, pasa al ilegible turno en conservación grave con periodos de apnea por broce espasmos cansados por neomotordesaturado, secreciones de lado derecho ilegible con ventilación mecánica con saturación pasando.

Nota de Registro de enfermería de fecha del día [...] del mes [...] del año [...]. Bajo sedación con ventilación mecánica. Sonda orogástrica a derivación, con plerrogable con onfaloclosis.

Nota de Registro de enfermería de fecha día [...] del mes [...] del año [...]. Bajo sedación con ventilación mecánica, sonda orogástrica a derivación con plerrobable con onfaloclosis, acrostemosis en extremidades 84% taquicardico, se aspiran secreciones, tubo limpio, edema en región de ilegible, 9:20 presenta bradicardia y SP02 09%. Se aspiran secreciones, presenta paro cardio-respiratorio. Se realizan maniobras de resucitación sin resultar positivas, hora de defunción 9:30. Patrón respiratorio y ventilación.

Ampicilina 120mg I.V c/12hr. Amikacina 30 mg I.v C/24 hr. Aminofilina 2.4 mg I.v C/8HR. Adrenalina -3meg I.v

Toma de signos vitales. Cuidados generales de enfermería. Medidas de seguridad y confort. Aspiración gentil de secreciones. Cuidados de plerrobable. Glucometría capilar. Hora de defunción 9:30. TS. (funcionario público5). Notas de Trabajo Social. día [...] del mes [...] del año [...] a las 10:50 se realizó entrevista inicial a paciente, solicitando los siguientes datos relevantes: NOMBRE: (quejosa2). EDAD: 39 SEXO: Fem. ESTADO CIVIL: DOMICILIO: [...]. TELÉFONO: [...]. DIAGNÓSTICO: Neumotórax + Síndrome de membrana 35506 APP.

UNIDAD DE REFERENCIA:

TIPO DE SEGURO SOCIAL: Seguro Popular. DATOS LABORALES DEL PACIENTE: FAMILIAR RESPONSABLE: (ciudadano2) TELEFONO: RESULTADOS DE ESTUDIO SOCIOECONOMICO: No aplica ya que el CATÁLOGO UNIVERSAL DE SERVICIOS ESENCIALES DE SALUD, DEL SEGURO POPULAR (CAUSES) estipulan en el número _____ su cobertura. OBSERVACIONES:

Bebé que falleció, lo cual ya se encontraba delicado de salud se le informó a los papás del bebé por el (funcionario público17); de hecho el sábado ya tardecito me pidió el pediatra (funcionario público17) que el niño se puso más delicado lo cual quería hablar con el papá le llama urgente al cel ya registrado al expediente para que acuda al hospital.

El señor el domingo se le informa que su bebé falleció y se le orienta para los trámites funerarios.

UNIDAD HRPV

NOMBRE: (quejosa2) R/N. EDAD: R/N. SEXO: Masculino. SERVICIO: UCIN. FECHA Y HORA. ORDENES DEL MÉDICO (Deben ir seguidas de nombre, firma y categoría del Médico) FECHA Y HORA: (QUEJOSA2) (RN) URGENCIAS: 05/02/16 14:43 HRS. HOSPITALIZACIÓN P.2, 400 LM. 120 Liv.13. 1.- Ayuno + sonda oro-gástrica a derivación 8 fr. 2.- Sol. Glucosada al 10% 68ml. Gluconato de calcio.1.6 ml Soluciones para 8 horas. 3.- Ampicilina 120mg IV c/12hrs diluir en 2ml y pasar en 30min (0) 4.- Amikacina 36mg IV c/24hrs diluir en 7.2ml y pasar en 2 horas (0) 5.- Aminofilina 12mg pasar en una hora continuar con Aminofilina 2.4mg IV c/8hrs. 6.- Dextrostix c/8hrs avisar cifras <60 o> 120mg/dl. 7.- CPAP nasal 4x4 mantener humidificadas las puntas cada hora cxon sol. Salina. 8.- Control estricto de líquidos. 9.- Mantener monitorizado. 10.- RX control de catéter. 11.- BH, Calcio, Grupo y rh 12.- Vigilar datos de respuesta inflamatoria sistemática y patrón respiratorio. 13.- Cuidados intensivos de enfermería. 14.- Gracias. DRA. AZUCENA PONCE CORONA 4795247.

16/02/16. Ayuno + sonda oro-gástrica a derivación 8 fr.12:00 hrs Sol. Glucosada al 10% 75 mlGluconato de calcio. 1.6 ml. P 2.4kg. Soluciones para 8 horas. Ampicilina 120mg IV c/12hrs diluir en 2ml y pasar en 30min (1) Liv. 95. Amikacina 30mg IV c/24hrs diluir en 7.2ml y pasar en 2 horas (1). Aminofilina 2.4mg IV c/8hrs. Dextrostix c/8hrs avisar cifras <60 o> 120mg/dl. CPAP nasal 4x4. Control estricto de líquidos. Mantener monitorizado. RX control de catéter. Vigilar datos de respuesta inflamatoria sistemática y patrón respiratorio. Cuidados intensivos de enfermería. Gracias. DR. JUAN DOMÍNGUEZ MIP HERNÁNDEZ. FECHA Y HORA 17:30 hrs.1.- Midazolam 2.3mg (2.3ml) agregar a 12ml de solución fisiológica pasar 0.5ml x hora (40mg/hora). P 2.4kg. 2.- Femitalin 230mg (4.6ml) agregar a 12ml de solución fisiológica pasar 0.5ml x hora (4mg/hora). 19:30hrs. 1.- Midazolam 300mg I.V. en bolo (SIC) 2.- Tomar RX Tórax. NOTAS DE TRABAJO SOCIAL. UNIDAD APLICATIVA HOSPITAL REGIONAL PUERTO VALLARTA. NOMBRE DEL PACIENTE: R/N (quejosa2). EDAD: R/N-. SEXO: Masculino No. EXPEDIENTE: SERVICIO: Cuneros Patológicos. CAMA: FECHA DE NACIMIENTO:

día [...] del mes [...] del año [...]. EVALUACIÓN INICIAL. FECHA Y HORA. 05/02/16 19:00 Hrs. ANOTACIONES DEL TRABAJADOR SOCIAL (DEBEN IR SEGUIDAS DEL NOMBRE Y FIRMA). Realizó entrevista inicial a paciente, solicitando los siguientes datos relevantes: NOMBRE: R/N (quejosa2). EDAD: R/N. SEXO: Masculino. ESTADO CIVIL: DOMICILIO: Mezcales y Netzahualcóyotl no 66 Centro. DIAGNÓSTICO: Potencialmente infectado. UNIDAD DE REFERENCIA: TIPO DE SEGURIDAD SOCIAL: Seguro Popular. DATOS LABORALES DEL PACIENTE: FAMILIAR RESPONSABLE: (quejosa2). TELÉFONO:

RESULTADOS DE ESTUDIO SOCIOECONÓMICO: No aplica ya que el CATÁLOGO UNIVERSAL DE SERVICIOS ESENCIALES DE SALUD, DEL SEGURO POPULAR (CAUSES) estipulan en el número _____ su cobertura.

OBSERVACIONES: Paciente que nació vía natural y paso al área de cuneros patológicos a observación médica, con DX de Prematurez Papá Miguel Alatorre Rodríguez.

TRABAJADORA SOCIAL: MARICELA ORTEGAS

SECRETARÍA DE SALUD JALISCO HOSPITAL REGUINAL DE PUERTO VALLARTA. HOJA FRONTAL. NOMBRE: (quejosa2) RNEIDAD: 1 día SEXO: Masculino DOMICILIO: LOCALIDAD: Mezcales MUNICIPIO: Bahía de Banderas OCUPACIÓN: TELÉFONO: _____ FECHA DE INGRESO: día [...] del mes [...] del año [...] HORA DE INGRESO: 14:00hrs SERVICIO AL QUE INGRESA: UCIN DIAGNOSTICO DE INGRESO: Riesgo de Sepsis por ruptura prematura de membranas + SX dificultad respiratoria secundario o déficit de surfactante. DX ACTUAL: FECHA: DX ACTUAL: FECHA: DIAGNÓSTICO DE EGRESO: MÉDICO (S) TRATANTE (S): Dra. Azucena Ponce Corona. NÚMERO DE EXPEDIENTE: No. DE FOLIO SEGURO POPULAR. CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN. C. DIRECTOR DEL HOSPITAL. PRESENTE: Yo (quejosa2). Con mi carácter de: mamá de RN (quejosa2). Identificándome con ilegible. Con domicilio en Mezcales, Bahía de Banderas. Col/ CP. Municipio Estado Nayarit Teléfono _____ Conocedor del contenido y alcance legal de este documento, manifiesto bajo protesta de decir la verdad, que me han informado a satisfacción respecto del pedimento que afecta a _____ (mi persona representante o mi familiar). Por tal motivo acepto se le hospitalice y autorizo al personal de este hospital para que practique, con fines de diagnóstico o terapéuticos, los procedimientos médicos-quirúrgicos necesarios de acuerdo a sus condiciones de salud.

Asimismo autorizo se practiquen los exámenes de laboratorio y de gabinete que sean necesarios para el diagnóstico y/o tratamiento de enfermedad.

De manera especial, manifiesto que he sido particularmente informado a satisfacción respecto de los beneficios esperados y de los riesgos correlativos al procedimiento a efectuarse sobre su persona por lo que autorizo al personal de Servicios de Salud Jalisco de la unidad, para que le realicen _____ (tipo de procedimiento autorizado) el plan anestésico propuesto requerido conociendo el riesgo inherente al mismo, así como la aplicación de los procedimientos que se requieran por alguna situación no sospechada de contingencia y urgencias derivadas del acto autorizado, atendiendo al principio de libertad prescriptiva, en el momento de la valoración médica inicial, dada la imposibilidad de predecir complicaciones que se puedan presentar.

En Puerto Vallarta, Jalisco, a día [...] del mes [...] del año [...]

ATENTAMENTE
(quejosa2)

TESTIGOS

Por el Hospital:

Nombre y Firma:

Domicilio:

Identificación:

Por el Paciente:

Nombre y Firma:

Domicilio:

Identificación:

Cuando el paciente se encuentre en estado de incapacidad transitoria o permanente para otorgar la autorización y, en ausencia de su familiar, tutor o representante legal, los médicos autorizados del hospital o maternidad, previa valoración del caso y con el acuerdo de por lo menos dos de ellos, llevarán a cabo el procedimiento terapéutico que el caso requiera, dejando constancia por escrito, en el expediente clínico.

Nombre y Firma

Dr.

Nombre y Firma

Dr.

NOTA: esta autorización inicial no excluye la necesidad de recabar después la correspondiente a cada procedimiento que entrañe un alto riesgo para el paciente.

12. El día [...] del mes [...] del año [...] se recibió el oficio [...] dirigido al médico (funcionario público11), titular de la Camejal, a efecto de remitir copia del expediente clínico derivado de la atención brindada al recién nacido, hijo de (quejosa2).

13. El día [...] del mes [...] del año [...], personal jurídico de este organismo entabló comunicación por vía telefónica con (quejosa2), a quien se le hizo saber sobre la queja iniciada de manera oficiosa a su favor, así como que era necesario que proporcionara información relacionada con la atención médica brindada por personal médico del HRPV tanto a ella como a su hijo recién nacido, manifestando que de momento no podía platicar sobre el tema, ya que tenía que irse a trabajar; así como que vivía en Mezcales, Nayarit.

14. El día [...] del mes [...] del año [...], personal jurídico de este organismo elaboró acta circunstanciada con motivo de la llamada telefónica al número

celular de (quejosa2), sin poder entablar comunicación con ella.

15. El día [...] del mes [...] del año [...], persona jurídico de este organismo entabló comunicación por vía telefónica con (quejosa2), quien en relación a los hechos que se investigan manifestó lo siguiente: “Mi hijo nació cuando yo estaba en la camilla y nació vivo, pero a los dos días de estar hospitalizado murió, pero no recuerdo qué dijo el médico. No tengo tiempo de platicar porque estoy trabajando.”

16. El día [...] del mes [...] del año [...], el personal jurídico de este organismo redactó acta circunstanciada con motivo de la conversación telefónica sostenida con la médica (funcionario público¹²) adscrita a la Camejal, a quien se le informó que este organismo se había logrado ponerse en contacto telefónico con (quejosa2), quien en torno a los hechos materia de la presente queja manifestó que su hijo había nacido vivo, y que a los dos días falleció, sin recordar la causa de la muerte. Por lo que la médica mencionada señaló que revisaría el expediente clínico del recién nacido, para ver si se le había practicado la necropsia.

17. El día [...] del mes [...] del año [...] personal jurídico de este organismo entabló comunicación telefónica con la médica (funcionario público¹²), adscrita a la Camejal, para dar seguimiento a la petición formulada de la opinión médica sobre la atención brindada al recién nacido, hijo de (quejosa2). Ella manifestó que el asunto ya había pasado al área de redacción, y que a más tardar en una semana se enviaría a este organismo la citada opinión.

18. El día [...] del mes [...] del año [...] se recibió el oficio [...] signado por el médico (funcionario público¹¹), titular de la Camejal, mediante el cual adjuntó la opinión técnica respecto a la atención medica brindada al recién nacido, hijo de (quejosa2), en el HRPV, asentando como resultado lo siguiente:

1.-Resumen Clínico del Caso

Se trata de paciente de sexo femenino de 39 años de edad, originaria de Sinaloa y residente en Bahía de Banderas, Jalisco. Cobertura asistencial: seguro popular, Edad: 39 años, Estado Civil: unión libre, Escolaridad: Secundaria, Ocupación: ama de casa, Exámenes de laboratorio prenatales: sí.

Solicita atención médica el día [...] del mes [...] del año [...], en el Servicio de Urgencias del Hospital Regional de Puerto Vallarta de la Secretaría de Salud Jalisco por salida de líquido amniótico transvaginal a las 23 hrs, del 3 día [...] del mes [...] del año [...], con datos de hipertensión arterial gestacional, por lo que se ingresa al servicio hospitalario, brindándole atención del parto que resultó satisfactoria para la salud de la paciente, pero que concluye con el fallecimiento del recién nacido.

Antecedentes Heredero Familiares: no reportados, Antecedentes Personales No Patológicos: ilegibles en el expediente, Antecedentes Personales Patológicos: niega alergias, refiere apendicectomía, resto ilegible.

Antecedentes Gineco-Obstétricos: Menarca a los 11 años, ciclo menstrual 30x4, gesta, para 5, última fecha de parto hace 15 años, fecha de última menstruación 7 de junio de 2015, fecha probable de parto 14 día [...] del mes [...] del año [...], control médico prenatal con siete consultas médicas sin problemas hasta el motivo de ingreso. Realización de Ultrasonido obstétrico en una ocasión al cuarto mes de embarazo, Control Médico: si,

Detección oportuna de Cáncer: No referida.

2. Descripción del acto médico en relación con cada evento, resaltando las notas de evolución más significativas.

Nota de evolución del servicio de Urgencias señala: Paciente femenina que refiere dolor abdominal tipo cólico, acompañado con salida de líquido transvaginal, niega alergias y desconoce tipo sanguíneo, refiere movimientos fetales, resto ilegible. Pasa a labor con indicaciones de ayuno, soluciones intravenosas, solicitar exámenes de laboratorio (Biometría Hemática, tiempo de protrombina y tiempo parcial de tromboplastina), vigilar frecuencia cardíaca fetal y actividad uterina, signos vitales por turno y cuidados generales de enfermería. Diagnóstico de ingreso: Atención de parto prematuro, ruptura prematura de membranas, multigesta, embarazo de 35.4 semanas de gestación.

Viernes día [...] del mes [...] del año [...]. 04:50 hrs.

(al parecer error de fecha en la primera nota de evolución, registrada como día 4, cuando el resto de las notas iniciales señalan como día de ingreso del día 5)

La exploración física detallada en el expediente contiene los siguientes datos: Presión arterial: 150/95, pulso de 87, frecuencia respiratoria 18 x min, temperatura de 36.3. Al tacto vaginal se reporta cérvix con 1 cm de dilatación, grueso, pelvis útil, no edema, no hiperreflexia.

Diagnóstico: Multigesta con embarazo de 35.5 semanas de gestación. Hipertensión Gestacional a clasificar.

Embarazo clínicamente menor, a descartar retraso en el crecimiento intrauterino.
Plan de manejo: Hidratar, Alfametidopa 500 mg vía oral c/8 hr., Hidralazina 50 mg vía oral c/6 hrs., Dexametasona 8 mg intramuscular c/12 hrs. y Cefatoximina 1 gr. vía oral c/8 hrs. le fueron solicitados examen general de orina y pruebas funcionales hepáticas.

Viernes día [...] del mes [...] del año [...], 7:50 hrs.
Reportan actividad uterina irregular, con salida de líquido amniótico tranvaginal claro, no fétido, frecuencia cardiaca fetal de 153 por minuto. Tacto vaginal: cérvix con 90% de borramiento y 2cms. de dilatación.

Los exámenes de laboratorio se reportan dentro parámetros normales.
Plan de manejo: Vigilancia de trabajo de parto y de presión arterial. Limitar tactos vaginales. Avisar al pediatra para atención al recién nacido.
Señalan en el expediente: “Pronóstico reservado a evolución por prematurez y ser un embarazo de alto riesgo”.

Viernes día [...] del mes [...] del año [...], 13:27 horas

Se señala en el expediente la obtención de producto de 35 semanas de gestación mediante parto por vía vaginal, único, vivo, masculino, peso de 2,900 gramos, talla de 47 cms, Apgar 8 al minuto y 9 a los 5 minutos,
Alumbramiento: placenta tipo Schultz, con maniobra de Brant-Andrews, se revisa cavidad uterina, 200 ml. De sangrado aproximado.

Se señala en el expediente que al nacer presenta respiración y llanto espontáneo, se aspiran secreciones de boca y nariz, se pinza y corta cordón umbilical, se coloca en una cuna de calor radiante, se seca, se aplica vitamina K y cloramfenicol, se realiza somatometría y se coloca CAPP nasal. (Presión positiva continua en el vía aérea, por las siglas en ingles Continuos Positive Airway Pressure).

Viernes día [...] del mes [...] del año [...], 13:56 hrs

Posterior a la reanimación, en el expediente se registra que se pasó al Recién Nacido a la Unidad de Ciudadanos intensivos en donde los refieren clínicamente sin datos de respuesta inflamatoria sistémica. Le colocaron onfaloclisia (canalizaron venas del cordón umbilical), signos vitales estables (F.C 150 latidos por minuto, FR. 60 respiraciones por minuto, temp 36° C). Silverman de 5 a expensas de aleteo nasal, disociación toracoabdominal y tiraje intercostal.

Posteriormente le fueron tomadas radiografías de tórax en la que se reportó: infiltrado micronodular, con broncograma aéreo que llega a la línea media claviclar.
DX. de ingreso:

1.- R/N pretérmino de 35 semanas de gestación con peso adecuado a su edad gestacional,

2.- Riego de sepsis por ruptura prematura de membranas (14 horas),

3. Síndrome de Dificultad Respiratoria secundaria a déficit de surfactante.

Durante todo el día se reportó con signos vitales estables y la oximetría de pulso entre 94 y 96% (de acuerdo a la GPC es mínimo 88).

Sábado día [...] del mes [...] del año [...],

En el expediente se observa que a las 8:20 hrs. se brindó a la madre consejería de planificación familiar, eligiendo la paciente la inyección bimensual como método anticonceptivo, aunque se encuentra una hoja firmada para la autorización voluntaria de anticoncepción quirúrgica femenina del 5 de febrero, sin registrar hora, que al parecer no se realizó.

A las 4:30 horas (posible p.m.) se le dio de Alta a la madre con receta (Paracetamol y Ampicilina) y cita en 7 días al Centro de Salud.

Sábado 6 día [...] del mes [...] del año [...], atención del Recién nacido

Signos vitales estables, FC 141 latidos por minuto, FR 46 respiraciones por minutos,) CPAP nasal a 5 litros por minutos, saturación de oxígeno (oximetría de pulso) arriba de 95% hemodinámica y ventilatoriamente estable.

Sábado 6 día [...] del mes [...] del año [...], atención del Recién nacido, 14:00 hrs.

Presenta cuadro de cianosis seguido de apnea, se realiza intubación endotraqueal y en la Radiografía de tórax se detecta neumotórax izquierdo de aprox. 50%, se coloca sello de agua, manteniéndolo en fase III de ventilación, a pesar de eso, se mantuvo inestable, con saturaciones bajas hasta el 50%, con síndrome convulsivo, secundarias a la encefalopatía hipóxico- isquémica generado por los múltiples episodios de apnea y crisis convulsivas las cuales al parecer fueron de difícil control.

Nota: el sello de agua se colocó a las 6 horas de que se detectó el Neumotoráx.

Domingo día [...] del mes [...] del año [...], atención del Recién nacido, 9:30 hrs.

Nota de defunción

“Recién nacido con los diagnósticos mencionados en notas previas, presenta desaturación y bradicardia se inicia presión positiva y se inicia reanimación avanzada requiriendo tres dosis de Adrenalina, compresiones torácicas sin respuesta a maniobras. Se da hora de defunción a las 9:30 hrs. con diagnósticos de:

Insuficiencia respiratoria aguda.

Neumotórax izquierdo. Déficit de surfactante. Prematurez de 35 semanas de gestación.

Probable sepsis. 3.- Referencias Bibliográficas. 4.- Manejo aceptado por la literatura médica. De la Atención Obstétrica:

4.1. De acuerdo al resumen médico a la madre se le atendió en tiempo y forma y se dieron las indicaciones pertinentes ya que desde su ingreso:

a) Se solicitaron exámenes para descartar síndrome Hipertensivo en el Embarazo

b) Se prescribieron medicamentos antihipertensivos de acuerdo a las presiones arteriales reportadas

c) Se indicó antibiótico-terapia por la salida franca de líquido amniótico transvaginal

d) Se estableció vigilancia del trabajo de parto y se dejó evolucionar en forma espontánea.

4.2. Se registra en el expediente que se atendió el parto el día [...] del mes [...] del año [...] a las 13:37, aprox, 38 hrs después de la ruptura prematura de membranas, periodo que de acuerdo a las Guías de Práctica Clínica de esta patología se identifica dentro de rangos apropiados.

4.3. El manejo del evento obstétrico así como los resultados se consideran adecuados, conforme a lo reportado en el expediente clínico, los resultados de cada acto médico desde su ingreso, diagnóstico y al tratamiento instituido que terminó en la atención de un parto eutósico que genera un recién nacido con Apgar de 8-9 sin complicaciones aparentes.

De la Atención Neonatal

4.5. La atención brindada al producto previa al nacimiento fue la adecuada, ya que se buscó evitarle el riesgo de síndrome de dificultad respiratoria, hemorragia intraventricular, enterocolitis necrotizante e infecciones sistémicas en las primeras 48 horas de vida con la administración del corticoide.

4.6. La atención del parto por vía vaginal fue adecuado para el recién nacido, debido a que estimula la producción endógena de corticoides, con los beneficios ya mencionados.

4.7. ya que se trata de R/N prematuro, de 35 semanas de gestación, con peso adecuado a su edad gestacional, pero con Síndrome de Dificultad Respiratoria (SDR), se considera que el manejo inicial del recién nacido en la sala de expulsión fue adecuado, la reanimación neonatal se efectuó de acuerdo a las normas de las American Heart Association/American Academy of Pediatrics y la GPS de SDR en el R/N, la cual refiere que se debe utilizar Presión Positiva Continua nasal (PPC o CPAP nasal) en R/N prematuro con peso mayor de 1500 g que inciden con manifestaciones de dificultad respiratoria y que tengan factores de riesgo para desarrollar SDR, más gasometría para documentar el grado de hipoxemia ($Pa O_2 < 50$ mm gr o con necesidad

de oxígeno suplementario para mantener $PaO_2 < 50$ mm hg) e hipercapnia, esta última no hay evidencia de haber sido tomada.

4.8. se señala en el expediente que no se toma radiografía de control posterior a las colocación de onfalocclisis, debido a que no hay equipo portátil para tal efecto, sin embargo, la colocación al parecer fue adecuada ya que en la evolución del paciente no se evidenció problema secundario posterior a este procedimiento.

4.9. El manejo durante toda su estancia se encaminó a:

- Cubrir el riesgo de sepsis, administrando antibióticos (Ampicilina/Amikacina)
- Manejar el SDR con el CPAP nasal inicial
- Cubrir necesidades hídricas con líquidos adecuados (85-95 ml/kg/24h) y calcio, la GPC refiere inicio de líquidos entre 70 y 80 ml incrementando hasta el día 6 (entre 140 y 160, sin embargo, se pueden manejar de acuerdo a necesidades especiales, vigilando la diuresis media horaria, que se debe estar entre 1 y 3ml, en el presente caso la diuresis media horaria fue de 2.7 ml en las primeras 24 hrs y de 1 en las segundas 24 hrs.
- Vigilancia para evitar trastornos de glucosa con dextrostix.
- Exámenes: Biometría hemática, Química sanguínea, Electrolitos séricos, dextrostix y otros.
- PCR negativa

4.10. No se señala en el expediente la toma de gasomería, la cual es básica para la patología del recién nacido, indispensable para fijar parámetros de ventilación en pacientes que se encuentran en fase III de ventilación.

4.11. El paciente se encontraba estable hasta que presenta Neumotórax, el cual no fue atendido de manera oportuna, se refiere colocación de sello de agua 6 horas, después de haberse detectado, lo que condicionó hipoxia severa al paciente, generado Encefalopatía Hipóxico Isquémica.

4.12. La decisión de colocar CPAP nasal y no intubarlo en un inicio fue acertada, ya que la Guía de Práctica Clínica refiere que se inicie presión positiva continua (PPC nasal o CPPAP nasal) a la vía aérea de todo recién nacido > (mayor) de 1500 gr con riesgo de desarrollar SDR y que no requiera intubación endotraqueal, los parámetros para intubar a un recién nacido prematuro son: Dificultad respiratoria progresiva, que no logre mantener oxigenación adecuada.

4.13. El CPAP nasal puede favorecer la síntesis de surfactante y mejorar significativamente la función pulmonar, sin provocar alteraciones hemodinámicas no complicaciones graves, como enfisema intersticial o neumotórax, en este caso, se manejó con parámetros fisiológicos entre 4 y 5 ml por minuto, lo cual no condicionó aumento de presión y aun cuando no se hubieran tomado gasometrías en estos momentos, se estuvo monitorizando con oximetrías de pulso, las cuales se reportan

normales, entre 92 y 95%, lo cual indica que el bebé tenía oxemias adecuadas, al respecto la Organización Mundial de la Salud OMS, en el 2010 emitió un manual en donde se apoya que la oximetría de pulso provee información fidedigna sobre la frecuencia cardiaca y la saturación periférica de oxígeno.

4.14. No se menciona que se haya administrado Factor Surfactante y al respecto la Guía de Práctica Clínica de Síndrome de Dificultad Respiratoria recomienda administrar surfactante exógeno profiláctico a todos los recién nacidos prematuros < (menor) 30 semanas de edad gestacional y que requieran intubación traqueal en la sala de parto y/o cuyas madres hayan recibido esteroides prenatales.

4.15. Administrar surfactante exógeno temprano (rescate) dentro de las primeras 2 horas después del nacimiento en todo recién nacido prematuro con antecedentes de riesgo y signos clínicos sugestivos de SDR, seguida de extubación y paso a CPAP nasal, la evidencia muestra que se disminuye: Días de ventilación mecánica, Síndrome de fuga de aire e Incidencia de displasia broncopulmonar.

4.16. El paciente presentó una fuga de aire, ésta ocurre más frecuentemente en el período neonatal que en cualquier otra etapa de la vida, las complicaciones más comunes de la fuga de aire son: Neumotórax, neumomediastino, enfisema pulmonar intersical y neumopericardio, raramente neumoperitoneo y enfisema subcutáneo y es producida por sobredistensión, alveolar, por atrapamiento de aire o por mala distribución del mismo, ocasionado una ruptura alveolar, el aire disecciona la vaina del tejido conectivo perivascular hacia el hueso ilíaco produciendo neumomediastino o hacia el espacio pleural produciendo neumotórax.

4.17. El paciente pre término tiene mayor riesgo de presentar fuga de aire, debido a que frecuentemente tiene síndrome de dificultad respiratoria por déficit de factor surfactante y aunque el tratamiento con reemplazo del mismo reduce la incidencia, no la exime, además el neumotórax en el síndrome de dificultad respiratoria ha sido asociado con incremento de riesgo de hemorragia interventricular, lo cual pudo haber ocurrido en este paciente, ya que presentó síndrome convulsivo, posterior al evento hipóxico.

4.18. Existen reportes donde se menciona que el neumotórax espontáneo fue del 1 al 2% de nacidos vivos sobre todo con pulmones normales, la incidencia en los prematuros es mayor, en la base de datos Vermont Oxford fue reportado 4.1% de niños con peso al nacer entre 500 y 1500 gramos en 2013.

4.19. Se refiere en el expediente probable sepsis sin germen aislado, sin embargo, no se identifican elementos que apoyen o descarten dicho diagnóstico, ya que no se mencionan datos clínicos en las notas ni se encuentran exámenes paraclínicos para evaluar.

5. Conclusiones

Atención del parto:

5.1. Desde el punto de vista obstétrico se considera que el manejo fue adecuado para la paciente desde su ingreso a la unidad de toco cirugía, debido a que se estableció el diagnóstico de embarazo de 35 semanas de gestación con ruptura prematura de membranas, motivo por el cual la ingresan a salas de labor para iniciar su manejo a base de antibióticos, antihipertensivos por un T/A de 150/95 y dejar evolucionar en forma espontánea el trabajo de parto atendido el mismo 38 horas, después que como ya se mencionó es adecuado de acuerdo a las guías de práctica clínica de esta patología.

Atención al Recién Nacido:

5.2. Se identifica paciente pre término con síndrome de dificultad respiratoria estable, fuga de aire, falla respiratoria abrupta secundaria a neumotórax no atendido oportunamente lo cual ocasionó encefalopatía hipóxico-isquémica, síndrome convulsivo de déficit control, choque por redistribución de flujo y falla orgánica múltiple que lo condujo a la muerte.

5.3. Se destaca la pésima calidad en la integración del expediente clínico. Letra ilegible, exceso en el uso indebido de abreviaturas, errores o falta de anotación de fecha y horario en varios registros, Portograma incompleto y deficiente llenado de las Catas de Consentimiento Informado. Es notorio que no hay apego a la Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico (NOM-004-SSA3-2012).

6. Recomendaciones y sugerencias:

Con fundamento en lo dispuesto por el artículo 91–Ter fracción VII de la Ley de Salud del Estado de Jalisco, es imprescindible que en el Hospital Regional de Puerto Vallarta, Jalisco, se realice un plan de acción apegado a las Normas Oficiales Mexicanas y las Guías Clínicas correspondientes para corregir las desviaciones identificadas.

19. El día [...] del mes [...] del año [...] se dictó acuerdo de admisión y radicación respectivo.

20. El día [...] del mes [...] del año [...] se dictó acuerdo por el cual se ordenó acumular la queja [...] a la inconformidad [...], por advertirse que los hechos expuestos y la autoridad a quien se atribuye la violación de los derechos humanos en la queja citada en primer término eran los mismos que en la citada en segundo, lo anterior para no dividir la investigación de los actos reclamados.

21. El día [...] del mes [...] del año [...], en atención al contenido de la opinión

emitida por la Camejal, se le requirió por el informe de ley por conducto del titular del nosocomio de Puerto Vallarta, a los prestadores de la salud (funcionario público6), (funcionario público17), (funcionario público18), Azucena Ponce Corona, (funcionario público21), (funcionario público22)y (funcionario público23).

22. El día [...] del mes [...] del año [...] mediante proveído dictado en los autos de la presente queja, se ordenó notificar por estrados a (quejosa2) el contenido del acuerdo de admisión, así como los subsecuentes, en virtud de que este organismo no pudo entablar comunicación de manera personal.

23. El día [...] del mes [...] del año [...] se recibió el oficio [...], signado por el médico (funcionario público13), titular del nosocomio de Puerto Vallarta, mediante el cual informó que (funcionario público21), (funcionario público22) y (funcionario público23) no laboraban para la dependencia a su cargo.

24. El día [...] del mes [...] del año [...] se dictó acuerdo mediante el cual se corrigieron los nombres de los médicos (funcionario público22) por el de (funcionario público24), así como el de (funcionario público21) por el de (funcionario público25). Asimismo, se hizo la aclaración de que en relación con (funcionario público23), de acuerdo al contenido del expediente clínico, ésta figuraba como médica pasante internista. Finalmente, que se le requiriera por el informe de ley al médico (funcionario público26), por figurar su nombre en el expediente clínico respectivo.

25. El día [...] del mes [...] del año [...] se solicitó el auxilio y colaboración del médico (funcionario público13), titular del nosocomio de Puerto Vallarta, para que por su conducto fueran notificados los prestadores de la salud (funcionario público24), (funcionario público25) y (funcionario público26), a efecto de que rindieran el informe de ley.

26. El día [...] del mes [...] del año [...] se recibió el escrito signado por la médica pediatra Azucena Ponce Corona, mediante el cual rindió el informe de ley que le fue requerido por este organismo, y señaló:

En atención al oficio número: [...], de fecha día [...] del mes [...] del año [...], sobre la atención médica brindada al **RECIEN NACIDO** de la paciente: (**QUEJOSA2**), tengo a bien comparecer ante Usted, designando en este acto en los sucesivo como mi

domicilio procesal el ubicado en la finca marcada con el número [...], con número telefónico [...] y autorizando desde este momento a recibirlas a los Licenciados en Derecho: (CIUDADANA3), (CIUDADANO4), (CIUDADANO5), (CIUDADANA6), (CIUDADANA6), (CIUDADANA7), (CIUDADANO8)y/o (CIUDADANO9) y, tal como me es solicitado rindo el siguiente informe exponiendo los siguiente:

ANTECEDENTES Y HECHOS:

El día [...] del mes [...] del año [...], la suscrita acudió al Área de Tococirugía, de la sala de expulsivo para atender un RN (recién nacido) prematuro, del cual su madre la señora de nombre (QUEJOSA2) contaba con los siguientes **antecedentes maternos:** madre del menor RN, originaria del Estado de Sinaloa y residente de la región de Bahía de Banderas, refiere regular calidad en su alimentación, contando con gesta 6 (seis), Para 6 (seis), y comenta no padecer enfermedades crónico degenerativas.

Como antecedentes gestacionales se observa por el Servicio de Ginecología que dicha paciente es multigesta refiriendo haber acudido a 7 (siete) consultas de control prenatal iniciando revisiones desde el segundo trimestre, a la prueba de VIH y VDRL siendo estas negativas, contando con ingesta de ácido fólico, hierro desde el tercer mes de embarazo. Madre del paciente RN, señora que se ingresa a tococirugía del Hospital Regional de esta ciudad de Puerto Vallarta, Jalisco, por presentar amenaza de parto pre-termino y ruptura prematura de membranas, esto el día [...] del mes [...] del año [...] en cita (un día anterior a mi atención médica a su menor RN), esto aproximadamente a las 23.00 veintitrés horas, por lo que se ingresa y se le inicia manejo por parte de mis compañeros del Servicio de ginecología.

Así las cosas, posteriormente al observar que presenta dilatación y borramiento completo dicha paciente en mención, la pasan a la Sala de Expulsivo donde atiendo a su producto Recién Nacido obteniendo por parto eutócico el cual nace el día [...] del mes [...] del año [...], a las 13:27 trece horas con veintisiete minutos horas aproximadamente, el cual llora y respira al momento del nacimiento, se corta cordón se nos entrega al Servicio de Pediatría, Recién Nacido el cual se coloca en cuna de calor radiante se seca y se dan cuidados inmediatos de recién nacido, se califica con APGAR 8/9, Capurro de 35 (treinta y cinco) semanas, presentando dificultad respiratoria para el cual requiere apoyo con oxígeno con CPAP nasal (presión positiva continua en la vía aérea) se toma radiografía de tórax en la cual se observa 7 (siete) espacios intercostal con presencia de infiltrado micronodular, así como brocograma aéreo que llega a la línea media clavicular, por lo que se decide su ingreso a Unidad de Cuidados Especiales Neonatales ingresándose, donde se integran los diagnósticos de RN pre-termino número 35 (treinta y cinco) semanas de gestación con peso adecuado para su edad gestacional, riesgo de sepsis o ruptura prematura de membranas de número 14 (catorce) horas y síndrome de dificultad respiratoria secundaria a déficit de surfactante, se inicia manejo, posterior a ello se da por terminada mi intervención dado que mi hora de salida es a las 14:30 catorce horas con treinta minutos (turno matutino).

Por lo cual tengo a bien dar por terminada la redacción de lo ocurrido, con el RECIÉN NACIDO (QUEJOSA2), siendo esta MI PARTICIPACIÓN dentro de este evento médico, haciendo mención que la suscrita ÚNICAMENTE me encargue de asistir al multicitado RN posterior al parto atendido por el Servicio de Ginecología y diversos compañeros médicos del nosocomio en comento a su señora madre (QUEJOSA2), ya que la de la voz me encuentro como médico adscrito dentro del SERVICIO DE PEDIATRÍA, desconociendo más hechos que se pudieron acontecer, esto en base a diversas tenciones y a lo mencionado en la publicación que se hace en la fuente informativa “TRIBUNA DE LA BAHÍA”, de la supuesta violación de derechos humanos, más aun que no se me pone a la vista queja o manifiesto alguno que pueda haber realizado alguno de los familiares del paciente RN, desconociendo y encontrándome impedida para informar a esta H Comisión con respecto a ello, teniendo solo como fuente de información el expediente clínico tanto de la (QUEJOSA2) como del paciente RN, tomando así datos de importancia para la asistencia médica brindada; manifestándole bajo protesta de decir verdad, que todo lo referido es verídico, haciendo hincapié que cuento con un alto nivel académico y ético en la especialidad médica que ejerzo e insisto, la atención proporcionada al paciente fue apegada a la ética, en base a los conocimientos teóricos, científicos y prácticos, que con los años de preparación y estudio que como especialista he adquirido; Sin que mi responsabilidad recaiga la situación que la quejosa pretende reprochar de los acontecimientos que en su escrito refiere; Sin olvidar que la de la voz SE AJUSTO A LOS LINEAMIENTOS MARCADOS POR LAS NORMAS OFICIALES MÉXICANAS PARA TAL EFECTO, ASÍ COMO A LO CONTENIDO EN LA LITERATURA MÉDICA.

27. El día [...] del mes [...] del año [...] se recibió el escrito signado por el médico ginecoobstetra (funcionario público16), mediante el cual rindió el informe de ley que le fue requerido por este organismo, y señaló lo siguiente:

El día [...] del mes [...] del año [...] en el área de toco cirugía a las 7:50 horas, revise a la señora (quejosa2) de 39 años ingresada a las 4:22 horas con el diagnóstico de EMBARAZO DE ALTO RIESGO de 35.5 semanas de gestación complicado con RUPTURA DE MEMBRANAS de las 23 horas del día anterior MÁS hipertensión gestacional. Maneja desde su ingreso con antibiótico, doble antihipertensivo, dosis inicial de inductor de madurez pulmonar fetal y vigilancia de sus constancias vitales y frecuencia cardiaca fetal. Encontrando a la exploración: presión arterial de 100/60 mmhg, temperatura 36 grados, frecuencia cardiaca fetal 153 por minuto al tacto vaginal cérvix 90% de borramiento con 2 cm de dilatación amnios roto signo de Tarnier positivo salida de líquido claro. Miembros pélvicos sin edema. Sus resultados de laboratorio: examen general de orina sin proteínas ni datos de infección, hemograma hemoglobina 12.3g, hematocrito 37 leucocitos 7 plaquetas 159 hemotipo 0 positivo. Perfil hepático en rangos normales.

Dejando como plan de manejo continuar vigilancia de tensiones arteriales, actividad uterina y frecuencia cardiaca fetal como consta en partograma su registro, limitando tactos por el antecedente de ruptura de membranas esperando evolución vía vaginal, avisándose al servicio de Pediatría para la atención del recién nacido PREMATURO en su momento. Se atendió parto eutócico de un producto PREMATURO de 35 semanas a las 13:37 horas en sala de expulsión (ver nota de registro de enfermería) previo protocolo de asepsia y antisepsia, con una calificación de Apgar de 8/9 peso de 2900 gramos siendo entregado desde su nacimiento al servicio de pediatría para su manejo especializado. Se atendió alumbramiento y se realizó revisión del canal de parto sin complicaciones.

Los datos aquí vertidos constan en nota del expediente clínico de dicha paciente siendo su atención apegada a las guías de práctica clínica de ruptura prematura de membranas y trastorno hipertensivos de la gestación así como la norma oficial para la atención de embarazo parto y puerperio vigentes.

28. El día [...] del mes [...] del año [...] se recibió el escrito signado por la médica (funcionario público6), mediante el cual rindió el informe de ley que le fue requerido por este organismo, y señaló:

Resumen acciones realizadas en el manejo del paciente R/N, (quejosa2).

Recibido el día [...] del mes [...] del año [...] a las 10:40 pm guardia nocturna recibo paciente más en su primer día de vida extrauterina. Prematuro de 35 semanas de gestación con síndrome de dificultad respiratoria secundaria y déficit de surfactante, sepsis sin germen aislado con neumotórax izquierdo manejado con sello pleural, crisis convulsiva y encefalopatía hipóxico isquémica. A la exploración física el paciente se encuentra en cuna térmica con ventilados (fase III de ventilación) con saf 02 92% taquipneico a febril en ayuno por dificultad respiratoria con sello pleural 129 funcionando adecuadamente presentando múltiples crisis convulsivas a pesar de estar bajo sedación en mal estado general Muy Grave con mala evolución pasando de fase II de ventilación (CPAP) a fase III de ventilación (ventilación mecánica) por saturaciones bajas en la oxigenación. Cursando con neumotórax 129. Actualmente manejado con sello pleural el cual está funcionando adecuadamente, persiste con crisis convulsivas secundarias a encefalopatía hipóxico isquémica con datos de respuesta inflamatoria sistémica.

Paciente muy grave con alto riesgo de complicaciones y muerte. Se manejó en ayuno con doble esquema de antibiótico bajo sedación para manejo de ventilación mecánica y de las crisis convulsivas, entrego paciente en estado crítico al siguiente turno.

29. El día [...] del mes [...] del año [...] se recibió el escrito signado por el médico pediatra (funcionario público17), mediante el cual rindió el informe de ley que le fue requerido por este organismo, y señaló:

RESÚMEN MÉDICO DEL PACIENTE (QUEJOSA2).
día [...] del mes [...] del año [...]. 8:00hrs.

Recibo paciente r.n. masculino en su primer día de vida y estancia hospitalaria con los siguientes diagnósticos: Recién Nacido pre término de 35 semanas de gestación, peso adecuado para la edad gestacional, síndrome de dificultad respiratoria secundario déficit de surfactante, Riesgo de sepsis por ruptura prematura de membrana materna de 14 horas de evolución, paciente en cuna térmica con los siguientes signos vitales: FC 141 x minuto, Temperatura 37. 1oC, glicemia capital de 88 mg, en apoyo ventilatorio en fase II con CPAP nasal con saturación entre 92-96%, en ayuno, con micciones presentes, sin evacuaciones. A la EF: paciente activo reactivo, buena coloración, cráneo normocefalo, cardiorespiratorio (SIG) con pulmones bien ventilados con estertores burbujeantes por el CPAP, ruidos cardiacos rítmicos sin agregados, abdomen blando, depresible, peristalsis presente, extremidades íntegras, buen llenado capilar, paciente por los diagnósticos mencionados se encuentra delicado con riesgo potencial de complicaciones, en tratamiento con ayuno, soluciones I.V. a requerimientos, antibióticos (ampicilina y Amikacina i.v.), fase dos de ventilación con CPAP nasal. A las 14:00 hrs. Presenta incremento de la dificultad respiratoria, con cianosis generalizada, de saturación y apnea, se da manejo a presión positiva sin lograr mejoría por lo que se decide intubación orotraqueal (fase III de ventilación) y se toma Radiografía de Tórax en la que se observa Neumotorax en pulmón izquierdo aproximadamente de 50%, se agrega al manejo infusión i.v. de midazolam y fentanil y se le coloca sello pleural izquierdo, se le informa al padre de la gravedad del paciente.

El día [...] del mes [...] del año [...] a las 8:00hrs. Recibo paciente con los diagnósticos antes mencionados así como Neumotorax izquierdo y sello pleural izquierdo, paciente en estado grave con signos vitales inestables, fc 168-86x minuto, fr 52x minuto, temperatura 37.5oC, glicemia de 137 mg, con de saturaciones de 69 a 90% a pesar de la ventilación mecánica (fase III de ventilación), paciente con evolución tórpida in mejoría, continuando con de saturación y bradicardia, se da maniobras de reanimación avanzada con ventilación a presión positiva, compresiones torácicas y manejo con adrenalina, requiriendo 3 dosis a 0.01-0.03 mg/kg/dosis i.v. sin lograr mejoría a las maniobras de reanimación, dándose hora de defunción a las 9:30hrs con los siguientes diagnósticos:

Insuficiencia respiratoria aguda
Neumotorax Izquierdo
Déficit de Surfatante
Prematurez de 35 semanas de gestación

Sepsis

30. El día [...] del mes [...] del año [...] se recibió el escrito signado por el médico gineco-obstetra (funcionario público26), mediante el cual rindió el informe de ley que le fue requerido por este organismo, y señaló:

El día 6 de febrero laborando en el Hospital Regional en Puerto Vallarta y al pasar visita al encamado de Ginecología y Obstetricia me correspondió valorar a la paciente (quejosa2) la cual se encontraba en cama con signos vitales estables, hemodinámicamente estable, abdomen blando depresible, útero con correcta involución, no doloroso, al tacto vaginal NO se encontraron gasas ni coágulos, ni restos placentarios, sus loquios escasos, ya había ingerido alimentos y deambulaba, lo que nos lleva por conclusión que estaba cursando un puerperio fisiológico conforme a los cánones de la obstetricia. Por lo que se decide egresarla del hospital con receta y cuidados generales.

Los datos aquí vertidos constan en las notas que se encuentran dentro del expediente clínico de dicha paciente, todo esto conforme a la Norma Oficial Mexicana y Guías de Práctica clínica sobre la atención del Embarazo, Parto y Puerperio vigentes.

31. El día [...] del mes [...] del año [...] se solicitó el auxilio y colaboración del director del HRPV, médico (funcionario público13), para que proporcionara el nombre del personal de enfermería que atendió a (quejosa2), y fuera el conducto para notificarles que debían rendir por escrito el informe de ley respectivo de igual manera que hiciera de su conocimiento que podrían aportar, si era su deseo, los elementos de convicción conducentes.

32. En la misma fecha que antecede se ordenó abrir el periodo probatorio correspondiente por un término de cinco días, por lo que se invitó a la parte quejosa, así como a la autoridad presunta involucrada, a ofrecer los medios de convicción que consideraran pertinentes para acreditar sus respectivos dichos.

33. El día [...] del mes [...] del año [...] se recibió el escrito signado por el médico (funcionario público24), mediante el cual rindió el informe de ley que le fue requerido por este organismo, y señaló:

...(quejosa2) Verónica fue atendida en el servicio de urgencia en el área de consultas e ingresos hospitalarios, dando la atención que corresponde y valorando su estado de salud, se ingresó a la paciente por el diagnóstico ya especificado en notas previo del expediente comentado haciendo valer mi juicio como profesional de la salud por los

riesgos que presentaba la paciente.

34. En la misma fecha que antecede se recibió el oficio [...] signado por el médico (funcionario público¹³), director del nosocomio de Puerto Vallarta, mediante el cual proporcionó el nombre de las enfermeras y enfermeros que atendieron a (quejosa²); así como que ya habían quedado enterados de que debían rendir un informe de ley a este organismo. Sin embargo, pese a haber sido requeridos sobre el particular, fueron omisos en dar cumplimiento a dicho requerimiento, situación que será tomada en consideración en el apartado respectivo.

35. El día [...] del mes [...] del año [...] se recibió el escrito signado por la médica Azucena Ponce Corona, mediante el cual ofreció los elementos de prueba que estimó pertinentes para acreditar su experiencia profesional.

II.EVIDENCIAS

Caso b

a) El día [...] del mes [...] del año [...], a las 4:00 horas acudió (quejosa²) al HRPV, por contar con un embarazo de 34 semanas y dolor en abdomen, acompañado de salida de líquido transvaginal.

b) Una vez ingresada se le asignó una cama y sin contar con supervisión o asistencia médica, nació su bebé, el cual bebió líquido amniótico y a los dos días murió.

De las constancias que integran el presente expediente, tienen especial relevancia las siguientes:

1. Documental consistente en el contenido de la nota periodística de *Tribuna de la Bahía* bajo el encabezado: “Acusan de dejar morir a recién nacido por desatención médica en el Regional”, misma que dio origen a la presente inconformidad que se inició de oficio, descrita en el punto 1 del apartado de antecedentes y hechos, para fortalecer las evidencias a y b.

2. Documental consistente en los informes de ley rendidos por los prestadores de la salud Azucena Ponce Corona, (funcionario público16), (funcionario público6), (funcionario público17) y (funcionario público26), todos adscritos al HRPV, descritas en los puntos 26 al 31, respectivamente, del apartado de antecedentes y hechos, para fortalecer las evidencias a y b.

3. Documental consistente en el expediente clínico elaborado con motivo de la atención médica brindada a (quejosa2) y su hijo recién nacido, descrita en el punto 7, 10 y 11 del apartado de antecedentes y hechos, para fortalecer las evidencias a y b.

4. Documental consistente en el dictamen técnico, signado por el médico (funcionario público11), titular de la Camejal, relativo a la opinión médica sobre la atención brindada a (quejosa2) y a su hijo recién nacido, descrita en el punto 18 del apartado de antecedentes y hechos, para fortalecer la evidencia a y b.

5. Instrumental de actuaciones consistente en las constancias de notificación y los acuerdos dictados en el presente expediente de queja, que tiene relación y fortalece las evidencias a, b y c.

III. FUNDAMENTACIÓN Y MOTIVACIÓN

Basada en el análisis de los hechos, así como de las pruebas y observaciones que integran el expediente, esta defensoría pública determina que fue violado, en perjuicio de la parte quejosa (quejosa) y su hijo (finado); así como de (quejosa2) y de su hijo recién nacido (finado) el derecho humano a la legalidad en relación con el debido cumplimiento de la función pública, el derecho a la vida y el derecho a la protección de la salud. Esta conclusión tiene sustento jurídico en una interpretación basada en los principios constitucionales, así como en una interpretación sistemática interna y externa, integral, literal, histórica, principalista y comparatista, que se llevará a cabo con las normas mínimas de argumentación y basada en un método deductivo para el análisis de los postulados jurídicos que surgen de la legislación aplicable, complementada con el método inductivo de análisis de pruebas y aplicación de los conceptos, en este caso concreto.

Derecho a la legalidad y seguridad jurídica

Este derecho implica que todos los actos de la administración pública se realicen con apego al orden jurídico, a fin de evitar que se produzcan perjuicios indebidos en contra de las personas.

Dentro de las vertientes del derecho humano a la legalidad se encuentra el derecho al debido funcionamiento de la administración pública, y algunas modalidades de la violación de este derecho las constituyen el ejercicio indebido de la función pública, falsa acusación, falta de fundamentación o motivación legal y la prestación indebida del servicio.

El bien jurídico protegido por el derecho a la legalidad es la observancia adecuada del orden jurídico por parte del Estado, entendiéndose por éste la permanencia en un estado de disfrute de los derechos concebidos en el ordenamiento jurídico, sin que se causen perjuicios indebidos como resultado de una deficiente aplicación.

En lo referente a las condiciones de vulneración del bien jurídico protegido por el derecho a la legalidad, encontramos una aplicación incorrecta de la ley, o en su caso, la no aplicación de ella, a pesar de la satisfacción del supuesto normativo y, además, un perjuicio contra el derechohabiente que tenga como causa precisamente la inadecuada u omisa aplicación del derecho.

La estructura jurídica del derecho a la legalidad implica un derecho subjetivo consistente en la satisfacción de la expectativa de no ser víctima de una inadecuada u omisa aplicación de la ley que traiga como consecuencia un perjuicio; como contrapartida, supone cumplir comportamientos obligatorios para la autoridad, sean éstos conductas de acción u omisión, y prohibir que se lleven a cabo.

En la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, este derecho se encuentra garantizado de forma integral en el contenido de sus 136 artículos, los cuales son el marco jurídico general a cumplir por parte de los elementos del Estado mexicano; de forma específica, son los artículos 14 y 16 los que históricamente se han considerado como el punto de referencia para sustentar el principio de legalidad en nuestro sistema jurídico, ya que éstos refieren la

protección legal de las personas en los siguientes términos:

Artículo 14. A ninguna ley se dará efecto retroactivo en perjuicio de persona alguna.

Nadie podrá ser privado de la libertad o de sus propiedades, posesiones o derechos, sino mediante juicio seguido ante los tribunales previamente establecidos, en el que se cumplan las formalidades esenciales del procedimiento y conforme a las Leyes expedidas con anterioridad al hecho.

Artículo 16. Nadie puede ser molestado en su persona, familia, domicilio, papeles o posesiones, sino en virtud de mandamiento escrito de la autoridad competente, que funde y motive la causa legal del procedimiento.

Derivado del principio de legalidad, se encuentra la regulación del desempeño de las y los servidores públicos en los siguientes términos:

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos:

Artículo 108. Para los efectos de las responsabilidades a que alude este Título se reputarán como servidores públicos a los representantes de elección popular, a los miembros del Poder Judicial Federal y del Poder Judicial del Distrito Federal, los funcionarios y empleados y, en general, a toda persona que desempeñe un empleo, cargo o comisión de cualquier naturaleza en el Congreso de la Unión, en la Asamblea Legislativa del Distrito Federal o en la Administración Pública Federal o en el Distrito Federal, así como a los servidores públicos de los organismos a los que esta Constitución otorgue autonomía, quienes serán responsables por los actos u omisiones en que incurran en el desempeño de sus respectivas funciones.

[...]

Las Constituciones de los Estados de la República precisarán, en los mismos términos del primer párrafo de este artículo y para los efectos de sus responsabilidades, el carácter de servidores públicos de quienes desempeñen empleo, cargo o comisión en los Estados y en los Municipios.

Constitución Política del Estado de Jalisco:

Artículo 116. Las relaciones laborales del Estado, de los municipios y de los organismos descentralizados de ambos con sus servidores, se regirán por la Ley para los Servidores Públicos del Estado de Jalisco y sus Municipios, la que deberá establecer el servicio civil de carrera, respetando las disposiciones del artículo 123 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y sus leyes reglamentarias.

Ley para los Servidores Públicos del Estado de Jalisco y sus Municipios:

Artículo 2. Servidor público es toda persona que preste un trabajo subordinado físico o intelectual, con las condiciones establecidas como mínimas por esta ley, a las Entidades Públicas a que se refiere el artículo anterior, en virtud del nombramiento que corresponda a alguna plaza legalmente autorizada.

Se presume la existencia de la relación de servicio público entre el particular que presta un trabajo personal y la Entidad Pública que lo recibe, salvo los casos de asesoría, consultoría y aquellos que presten servicios al Gobierno, los cuales no se registrarán por la presente ley, ni se considerarán como servidores públicos.

Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Jalisco:

Artículo 2º. Para los efectos de esta ley, se considera servidores públicos a los representantes de elección popular; a los miembros del Poder Judicial del Estado e integrantes del Tribunal de Arbitraje y Escalafón previstos en la Constitución Política del Estado de Jalisco; a los miembros del Instituto Electoral y de Participación Ciudadana del Estado; a los integrantes de la Comisión Estatal de Derechos Humanos, los integrantes del Instituto de Transparencia e Información Pública del Estado y en general, a toda persona que desempeñe un cargo o comisión de cualquiera naturaleza en la administración pública del Estado o de los municipios, así como a quienes presten servicios en los organismos públicos descentralizados, fideicomisos públicos y empresas de participación estatal o municipal mayoritaria, quienes serán responsables por los actos u omisiones en que incurran por el desempeño de sus respectivas funciones.

A su vez, las y los funcionarios y servidores públicos deben actuar conforme a la legalidad, con honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia que deben observar en el desempeño de sus empleos, cargos o comisiones. Estas responsabilidades se derivan de una interpretación integral, y *a contrario sensu* de lo que dispone la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en los siguientes términos:

Artículo 109. Los servidores públicos y particulares que incurran en responsabilidad frente al Estado, serán sancionados conforme a lo siguiente:

III. Se aplicarán sanciones administrativas a los servidores públicos por los actos u omisiones que afecten la legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia que deban observar en el desempeño de sus empleos, cargos o comisiones. Dichas

sanciones consistirán en amonestación, suspensión, destitución e inhabilitación, así como en sanciones económicas, y deberán establecerse de acuerdo con los beneficios económicos que, en su caso, haya obtenido el responsable y con los daños y perjuicios patrimoniales causados por los actos u omisiones. La ley establecerá los procedimientos para la investigación y sanción de dichos actos u omisiones.

[...]

En términos similares, se refiere la Constitución Política del Estado de Jalisco: “Artículo 106. Se aplicarán sanciones administrativas a los servidores públicos por los actos u omisiones que afecten la legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia que deben observar en el desempeño de su empleo, cargo o comisión.”

En este sentido, destaca la obligación que de manera formal impone el artículo 108 del mismo cuerpo de leyes:

Artículo 108. Todos los servidores públicos del Estado y de los municipios, antes de asumir el desempeño de sus cargos, rendirán protesta formal de cumplir y vigilar el cumplimiento de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, esta Constitución y todas las leyes que de ellas emanen.

[...]

La identificación de los deberes y obligaciones de las y los servidores públicos se complementa en la siguiente legislación federal y estatal:

La Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos puntualiza:

Artículo 47.

Todo servidor público tendrá las siguientes obligaciones, para salvaguardar la legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia que deben ser observadas en el desempeño de su empleo, cargo o comisión, y cuyo incumplimiento dará lugar al procedimiento y a las sanciones que correspondan, sin perjuicio de sus derechos laborales, así como de las normas específicas que al respecto rijan en el servicio de las fuerzas armadas:

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 un empleo, cargo o comisión;

II. Formular y ejecutar legalmente, en su caso, los planes, programas y presupuestos correspondientes a su competencia, y cumplir las leyes y otras normas que determinen el manejo de recursos económicos públicos;

[...]

XX. Supervisar que los servidores públicos sujetos a su dirección, cumplan con las disposiciones de este artículo; y denunciar por escrito, ante el superior jerárquico o la contraloría interna, los actos u omisiones que en ejercicio de sus funciones llegare a advertir respecto de cualquier servidor público que pueda ser causa de responsabilidad administrativa en los términos de esta ley, y de las normas que al efecto se expidan;

[...]

XXII. Abstenerse de cualquier acto u omisión que implique incumplimiento de cualquier disposición jurídica relacionada con el servicio público,

[...]

XXIV. Las demás que le impongan las leyes y reglamentos.

La Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos:

Artículo 7. Será responsabilidad de los sujetos de la Ley ajustarse, en el desempeño de sus empleos, cargos o comisiones, a las obligaciones previstas en ésta, a fin de salvaguardar los principios de legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia que rigen en el servicio público.

Artículo 8. Todo servidor público tendrá las siguientes obligaciones:

I. Cumplir 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 un empleo, cargo o comisión;

[...]

XXIV. Abstenerse de cualquier acto u omisión que implique incumplimiento de cualquier disposición legal, reglamentaria o administrativa relacionada con el servicio público.

El incumplimiento a lo dispuesto en el presente artículo dará lugar al procedimiento y

a las sanciones que correspondan, sin perjuicio de las normas específicas que al respecto rijan en el servicio de las fuerzas armadas.

Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Jalisco:

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

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

[...]

XVIII. Abstenerse de cualquier acto u omisión que implique incumplimiento de las disposiciones jurídicas relacionadas con el servicio público;

[...]

Artículo 62. Incurrir en responsabilidad administrativa los servidores públicos que cometan actos u omisiones en contravención a lo dispuesto por el artículo 61 y de cualquier disposición legal relacionada con el cumplimiento de sus obligaciones.

El derecho humano a la legalidad se relaciona con la protección a la salud en los siguientes términos:

Derecho a la protección de la salud

Es el derecho que tiene todo ser humano a disfrutar de un funcionamiento fisiológico óptimo. El bien jurídico protegido es el funcionamiento fisiológico óptimo de las personas. El sujeto titular de este derecho es todo ser humano.

La estructura jurídica de este derecho implica una permisión para el titular, quien tiene la libertad de obtener los servicios de asistencia médica, siguiendo los requerimientos establecidos en la ley. Con respecto a los servidores públicos, impone las obligaciones de no interferir o impedir el acceso a dichos servicios en los términos legales, de realizar la adecuada prestación y

supervisión de éstos y la creación de infraestructura normativa e institucional que se requiera.

Las condiciones de vulneración del bien jurídico protegido son:

En cuanto al acto

1. La realización de una conducta por parte de un servidor público que niegue, impida o interfiera en la posibilidad del individuo de obtener los servicios de salud.
2. La acción u omisión por parte de un servidor público del sector salud que pueda causar, o que efectivamente cause, de manera actual o inminente, una alteración en la salud del individuo.
3. La conducta de acción u omisión que implique la no prestación de los servicios de salud a que tiene derecho el titular o que se le dé una prestación deficiente.
4. La conducta por parte de la autoridad que implique el incumplimiento de la obligación a cargo del Estado de proveer de la infraestructura de servicios de salud más adecuada a las necesidades de la población.
5. La conducta por parte de un servidor público que implique el incumplimiento de la obligación a cargo del Estado de proveer de la infraestructura normativa acorde a la protección, preservación y promoción de la salud.

En cuanto al sujeto

1. Cualquier servidor público en posibilidades de impedir, negar o interferir el acceso a los servicios de salud, pertenezca o no al sector salud.
2. El servidor público perteneciente al sector salud relacionado con la atención médica que se le preste al individuo.

En cuanto al resultado

1. El no funcionamiento fisiológico óptimo de un ciudadano.

En el sistema jurídico mexicano desde el principio de legalidad, el derecho a la protección de la salud se encuentran tutelados en las disposiciones que integran la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en las leyes y reglamentos que de ella se desprenden. De tal forma que la legalidad en nuestro país parte de los conceptos generales que expone nuestro máximo cuerpo de leyes y se complementa por materias específicas en la legislación secundaria, teniendo en el presente caso aplicación concreta y lo que al efecto señala el artículo 4° en materia del derecho a la protección de la salud:

Artículo 4.

[...]

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

[...]

Los derechos humanos a la protección de la salud y su relación con la legalidad también se encuentran garantizados en la Ley General de Salud, que establece lo siguiente:

Artículo 1°. La presente ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del Artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. Es de aplicación en toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social.

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.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 14 de mayo de 1986, que menciona:

[...]

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.

Al respecto, la NOM-027-SSA3-2013 señala como objetivo principal precisar las características y requerimientos mínimos de infraestructura física y equipamiento, los criterios de organización y funcionamiento del servicio de urgencias en los establecimientos para la atención médica, así como las características del personal profesional y técnico del área de la salud, idóneo para proporcionar dicho servicio.

También la NOM-016-SSA3-2012 establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento que deben reunir los hospitales y consultorios de atención médica especializada a los usuarios.

La Carta de los Derechos Generales de las Pacientes y los Pacientes, presentada en el mensaje central del Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006, decálogo jurídico que propone mejorar la calidad de los servicios de salud, puntualiza:

1. Recibir atención médica adecuada: el paciente tiene derecho a que la atención médica se le otorgue por personal preparado de acuerdo con las necesidades de su estado de salud y las circunstancias en que se brinda la atención; así como a ser informado cuando sea necesario enviarlo a otro médico.
2. Recibir trato digno y respetuoso: el paciente tiene derecho a que el médico, la enfermera y el personal que le brindan atención médica, se identifiquen y le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera que sea el padecimiento que presente, y este trato se haga extensivo a los familiares o acompañantes.
3. Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz. La paciente o el paciente, o en su caso el responsable, tienen derecho a que el médico tratante les brinde información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento; se exprese siempre en forma clara y comprensible; se brinde con oportunidad con el fin de favorecer el conocimiento pleno del estado de salud del paciente y sea siempre veraz, ajustada a la realidad.

4. Decidir libremente sobre su atención. La paciente o el paciente, o en su caso el responsable, tienen el derecho a decidir con libertad, de manera personal y sin ninguna forma de presión, aceptar o rechazar cada procedimiento diagnóstico y terapéutico ofrecido, así como el uso de medidas extraordinarias de supervivencia en pacientes terminales.

5. Otorgar o no su consentimiento válidamente informado. La paciente o el paciente, o en su caso el responsable, en los supuestos que así lo señale la normativa, tiene derecho a expresar su consentimiento, siempre por escrito, cuando acepte sujetarse con fines de diagnóstico o terapéuticos, a procedimientos que impliquen un riesgo, para lo cual deberá ser informado en forma amplia y completa en qué consisten, de los beneficios que se esperan, así como de las complicaciones o eventos negativos que pudieran presentarse a consecuencia del acto médico.

Lo anterior incluye las situaciones en las cuales el paciente decida participar en estudios de investigación o en el caso de donación de órganos.

6. Ser tratado con confidencialidad. La paciente o el paciente tiene derecho a que toda la información que exprese a su médico, se maneje con estricta confidencialidad y no se divulgue más que con la autorización expresa de su parte, incluso la que derive en un estudio de investigación al cual se haya sujetado de manera voluntaria; lo cual no limita la obligación del médico de informar a la autoridad en los casos previstos por la ley.

7. Contar con facilidades para obtener una segunda opinión. La paciente o el paciente tienen derecho a recibir por escrito la información necesaria para obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud.

8. Recibir atención médica en caso de urgencia. Cuando está en peligro la vida, un órgano o una función, la paciente o el paciente tiene derecho a recibir atención de urgencia por un médico, en cualquier establecimiento de salud, sea público o privado, con el propósito de estabilizar sus condiciones.

9. Contar con un expediente clínico. La paciente o el paciente tiene derecho a que el conjunto de los datos relacionados con la atención médica que reciba sean asentados en forma veraz, clara, precisa, legible y completa en un expediente que deberá cumplir con la normativa aplicable y cuando lo solicite, obtener por escrito un resumen clínico veraz de acuerdo al fin requerido.

10. Ser atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida. La paciente o el paciente tiene derecho a ser escuchado y recibir respuesta por la instancia correspondiente cuando se inconforme por la atención médica recibida de servidores

públicos o privados. Asimismo, tiene derecho a disponer de vías alternas a las judiciales para tratar de resolver un conflicto con el personal de salud.

La Ley de Salud del Estado de Jalisco establece lo siguiente:

Artículo 38. Las autoridades sanitarias estatales realizarán actividades de vigilancia epidemiológica de prevención y control de las enfermedades transmisibles a que se refiere el artículo 134 de la Ley General de Salud.

[...]

Artículo 43. Las medidas que se requieran para la prevención y el control de las enfermedades a que se refiere el Artículo 38 de esta Ley, deberán ser observadas por los particulares. El ejercicio de estas acciones por parte de los profesionales, técnicos o auxiliares de salud, comprenderán, según el caso de que se trate, una o más de las siguientes medidas.

I. El diagnóstico de la enfermedad por los medios disponibles;

II. El aislamiento de los enfermos por el periodo de transmisibilidad y la cuarentena de los sospechosos de padecer la enfermedad y de los portadores de gérmenes de la misma, así como la limitación de sus actividades, cuando así se amerite por razones epidemiológicas;

La aplicación de sueros, vacunas y otros recursos preventivos y terapéuticos, siempre que la condición inmunológica del sujeto lo permita sin poner en riesgo su salud;

Artículo 93. Los usuarios tienen derecho a:

I. Obtener servicios de salud con oportunidad y a recibir atención profesional y éticamente responsable;

II. Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz, así como la orientación que sea necesaria respecto a la atención de su salud y sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen; y

III. Otorgar o no su consentimiento válidamente informado y a rechazar tratamientos o procedimientos.

Los derechos humanos expuestos se encuentran fundamentados en los siguientes instrumentos internacionales:

La Declaración Universal de Derechos Humanos, adoptada y proclamada por la

Asamblea General de las Naciones Unidas, firmada por México el 10 de diciembre de 1948, la cual forma parte del derecho consuetudinario internacional, que reconoce:

Artículo 7. Todos son iguales ante la ley y tienen, sin distinción, derecho a igual protección de la ley. Todos tienen derecho a igual protección contra toda discriminación que infrinja esta Declaración y contra toda provocación a tal discriminación.

[...]

El artículo 25 establece:

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

Por su parte, la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, firmada por México el 2 de mayo de 1948, señala:

Artículo II. Todas las personas son iguales ante la Ley y tienen los derechos y deberes consagrados en esta declaración sin distinción de raza, sexo, idioma, credo ni otra alguna.

Artículo XI. Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad.

Artículo XXXIII. Toda persona tiene el deber de obedecer a la Ley y demás mandamientos legítimos de las autoridades de su país y de aquél en que se encuentre.

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 desde 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, establece en los artículos 1, 19, 24 y 26:

Artículo 1. Obligación de Respetar los Derechos

1. Los Estados Partes en esta Convención se comprometen a respetar los derechos y libertades reconocidos en ella y a garantizar su libre y pleno ejercicio a toda persona que esté sujeta a su jurisdicción, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social.

Artículo 19. Derechos del Niño.

Todo niño tiene derecho a las medidas de protección que su condición de menor requieren por parte de su familia, de la sociedad y del Estado.

Artículo 24. Igualdad ante la ley.

Todas las personas son iguales ante la ley. En consecuencia, tienen derechos, sin discriminación, a igual protección de la ley.

Artículo 26. Desarrollo Progresivo.

Los Estados Partes se comprometen a adoptar providencias, tanto a nivel interno como mediante la cooperación internacional, especialmente económica y técnica, para lograr progresivamente la plena efectividad de los derechos que se derivan de las normas económicas, sociales y sobre educación, ciencia y cultura, contenidas en la Carta de la Organización de los Estados Americanos, reformada por el Protocolo de Buenos Aires, en la medida de los recursos disponibles, por vía legislativa u otros medios apropiados.

El Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Protocolo de San Salvador, adoptado el 17 de noviembre de 1988, ratificado por México el 16 de abril de 1996, dispone:

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

El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, ratificado por nuestro país el 24 de marzo de 1981, y publicado en el *Diario Oficial de la Federación*

el 20 de mayo del mismo año, establece:

Artículo 14.

1. Todas las personas son iguales ante los tribunales y cortes de justicia. Toda persona tendrá derecho a ser oída públicamente y con las debidas garantías por un tribunal competente, independiente e imparcial, establecido por la ley, en la substanciación de cualquier acusación de carácter penal formulada contra ella o para la determinación de sus derechos u obligaciones de carácter civil. La prensa y el público podrán ser excluidos de la totalidad o parte de los juicios por consideraciones de moral, orden público o seguridad nacional en una sociedad democrática, o cuando lo exija el interés de la vida privada de las partes o, en la medida estrictamente necesaria en opinión del tribunal, cuando por circunstancias especiales del asunto la publicidad pudiera perjudicar a los intereses de la justicia; pero toda sentencia en materia penal o contenciosa será pública, excepto en los casos en que el interés de menores de edad exija lo contrario, o en las acusaciones referentes a pleitos matrimoniales o a la tutela de menores.

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, aprobado por la Asamblea General de la ONU mediante resolución 2200 A (XXI), el 16 de diciembre de 1966, aprobado por el Senado de nuestro país el 18 de diciembre de 1980, ratificado por México el 23 de marzo de 1981, publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 12 de mayo de ese mismo año, que entró en vigor en México el 23 de junio de 1981, determina:

Artículo 12.

1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para: a) La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños [...] 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.

Los anteriores instrumentos internacionales son válidos como fuentes del derecho de nuestro país en tanto éste es integrante de la ONU y de la OEA, respectivamente. Además, los tratados internacionales son ley suprema de la

Unión, tal como se establece en el artículo primero y el 133 de nuestra Carta Magna, que al efecto señalan:

Artículo 1.

En los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que esta Constitución establece.

Las normas relativas a los derechos humanos se interpretarán de conformidad con esta Constitución y con los tratados internacionales de la materia favoreciendo en todo tiempo a las personas la protección más amplia.

Todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley.

[...]

Artículo 133.

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 Ley Suprema en toda la Unión. Los jueces de cada estado se arreglarán a dicha Constitución, las leyes y tratados, a pesar de las disposiciones en contrario que pueda haber en las constituciones o leyes de los Estados...

Por su parte, en el artículo 4° de la Constitución Política del Estado de Jalisco se 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 internacionales que el gobierno federal haya suscrito y ratificado, tal como se desprende de la siguiente cita:

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.

Una vez establecido el marco teórico de los derechos relacionados en el presente caso, esta defensoría pública de los derechos humanos procede a exponer las razones y fundamentos que acreditan fehacientemente violaciones de derechos humanos por parte de las y los servidores públicos adscritos a las Secretaría de Salud, Jalisco, en perjuicio de (quejosa) y su hijo (finado) así como de (quejosa2) y su hijo recién nacido (finado) bajo los siguientes argumentos:

Caso a

(quejosa) ingresó el día [...] del mes [...] del año [...] a las 5:00 horas, al HRPV, por contar con 41.2 semanas de gestación, y fue atendida en el Servicio de Toco-cirugía. Posteriormente ese mismo día, a las 5:50 horas, ingresa al servicio de Urgencias de toco-cirugía con contracciones uterinas tipo trabajo de parto, registrándose a la exploración física: presión arterial de 118/88, frecuencia cardíaca de 90 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 20 por minuto, peso 70 kgs; y a la exploración ginecológica: abdomen globoso a expensas de útero grávido con producto único vivo, con frecuencia cardíaca fetal de 142 latidos por minuto; y plan de manejo consistente en estudios de laboratorio para interrupción de embarazo vía abdominal (operación cesárea); en la misma fecha pero a las 10:50 horas a la exploración física presentaba presión arterial de 125/75, frecuencia cardíaca de 80 latidos por minutos, cérvix bando con cinco centímetros de dilatación y ruptura provocada de bolsa amniótica; finalmente a las 16:03 inicia su cirugía para proceder a la extracción del bebé sin vida.

Por su parte, la entonces prestadora de la salud, médica Mónica Leticia Bibiano Hernández, en vía de informe manifestó que antes de que ella brindara atención médica a (quejosa), ya había sido previamente valorada por otros médicos; que

el servicio que se presta en el HRPV se ve rebasado por el volumen de pacientes que a él acuden.

Efectivamente, de actuaciones se advierte que tal como lo aseveró la médica Mónica Leticia Bibiano Hernández, (evidencia 2 con relación al punto 22 del capítulo de antecedentes y hechos) la aquí quejosa fue previamente valorada por el médico gineco-obstetra (funcionario público²), quien en vía de informe refirió que el día [...] del mes [...] del año [...], aproximadamente a las 5:50 horas, ingresó al servicio de Toco-cirugía (quejosa), consiente, tranquila, con área cardio-respiratoria sin compromiso, abdomen con producto único vivo, con frecuencia cardíaca fetal de 142 por minuto, con impresión diagnóstica de embarazo de 41.2 semanas, más pelvis reducida; con plan a seguir consistente en recabar estudios de laboratorio, cruzar sangre para interrupción del embarazo vía abdominal.

No pasa inadvertido para este organismo que pese a que en el expediente clínico de la paciente (quejosa) había quedado registrado que eran necesario interrumpir el embarazo por vía abdominal, la médica Mónica Leticia Bibiano Hernández optó por dejarla en trabajo de parto, por espacio de más de diez horas, e incluso le provocó la ruptura de la bolsa amniótica sin tomar en consideración los registros de la frecuencia cardíaca fetal, que iban en detrimento, según se desprende del expediente clínico de la paciente (quejosa), concretamente, en el partograma que se inició a las 6:00 horas del día [...] del mes [...] del año [...]. Se asentó el registro de 146 latidos por minuto mismos que fueron decayendo hasta las 13:41 horas cuando se registraron 125 latidos por minutos a las 14:03 no había registro de latidos, pero solicitó que se le aplicara la analgesia obstétrica para pasarla al área de expulsión, y a las 15:25 horas al no escuchar los latidos, se pasa a la quejosa a la sala para practicar la cesárea de urgencia, pero lamentablemente el niño nació muerto.

Es importante destacar que la intervención quirúrgica (cesárea) sí fue controvertida, pues aunque la quejosa (quejosa) fue dada de alta sin complicaciones, la responsabilidad de la entonces servidora pública Mónica Leticia Bibiano Hernández, se acredita de forma particular con la opinión técnica emitida por Camejal(evidencia 4 con relación al punto 32 del capítulo de antecedentes y hechos), la cual señaló que la aquí quejosa debió ser sometida a cesárea de urgencia, tal y como fue señalado por el primer médico que la

examinó al momento de su ingreso al servicio de toco-cirugía; así como que se debió practicar prueba de tolerancia a las contracciones o un ultrasonido ginecológico para valorar el bienestar fetal, pues en el referido dictamen se consignó que no descartaba el hecho de que el hijo de la aquí quejosa hubiese tenido sufrimiento fetal crónico, secundario a la hipertensión arterial reportada por la paciente (quejosa).

En el citado documento emitido por la Camejal también advirtió prácticas administrativas inadecuadas por parte del personal médico del HRPV, e identificó responsabilidades institucionales del equipo médico-quirúrgico participante, por probable trabajo de parto y periodo expulsivo prolongado, manipulado, dada la referencia en el reporte quirúrgico de un desgarro cervical, aunque no se comenta en el expediente la colaboración de fórceps u otra maniobra relacionada.

En el dictamen se sostiene que el pediatra debió haber realizado maniobras de reanimación neonatal, dado que la muerte del niño se atribuyó a interrupción de la circulación materno-fetal, al parecer ocasionada por un desprendimiento placentario súbito y el tiempo entre la observación de ausencia de frecuencia cardiaca fetal y la extracción del recién nacido mediante cesárea se registra en el expediente como de aproximadamente quince minutos, por lo que al recibirlo se debieron realizar maniobras de reanimación avanzada, y en el expediente clínico no se consignó que el personal médico hubiese realizado la maniobra que establece el protocolo médico.

Se observó una contradicción entre el contenido del expediente clínico y el certificado de defunción en cuanto a la causa de muerte del recién nacido, ya que mientras en el expediente se establece diagnóstico de muerte fetal, en el certificado se señaló broncoaspiración de sangre materna como causa de muerte; de ser así, se infiere que el niño respiró en algún momento y con mayor razón debió recibir el beneficio de la reanimación avanzada.

Con lo anterior queda debidamente acreditada la violación de los derechos humanos a la atención de la salud por negligencia, imprudencia e inobservancia de la normativa vigente y que se traduce en la pérdida de la vida de un neonato, imputables tanto a la médica Mónica Leticia Bibiano Hernández como al equipo médico que brindó la atención al recién nacido.

Cabe destacar que la opinión técnica elaborada por la Camejal fue producto de la participación de especialistas e integrada durante la sesión plenaria de análisis de la mencionada Comisión, quienes valoraron los elementos técnico-científicos, médicos y jurídicos relacionados con los hechos materia de la queja que nos ocupa; por consiguiente, al no existir prueba alguna que contradiga, refute o desvirtúe las aseveraciones esgrimidas, se acreditan de manera indubitable las transgresiones de derechos humanos antes expresadas.

Al respecto, vale citar el Código Internacional de Ética Médica, que hace hincapié en la obligación de preservar la vida humana, y lo estipulado en la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes, que establece que la agraviada tenía el derecho a la atención médica que requería. La citada legislación se aplica con base en los argumentos de la recepción del derecho internacional citados en el cuerpo de este apartado. De igual manera, el personal médico incumplió con los artículos 51 de la Ley General de Salud y 93 de la Ley Estatal de Salud, ya que éstos garantizan el derecho de los usuarios a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno, lo cual, como ha quedado evidenciado, no se le garantizó.

Tampoco pasa inadvertido para esta defensoría de derechos humanos que la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco señaló prácticas administrativas inadecuadas que deberán corregirse de inmediato, advirtiendo una pésima calidad en la integración del expediente clínico por parte del personal médico y de enfermería del HRPV, ya que se observaron notas parcialmente ilegibles, con abuso de abreviaturas, sin relación cronológica del horario y fechas de registro; deficiente (incongruencia) llenado de formatos, incluido el diagnóstico del niño fallecido, en contradicción con lo establecido en la norma oficial para el manejo de expedientes clínicos NOM 004-SSA3-2012.

Caso b

De conformidad a los medios probatorios recabados por esta comisión, (quejosa2) ingresó al HRPV el día [...] del mes [...] del año [...] a las 4:22

horas, y contaba con 35.4 semanas de gestación. El diagnóstico inicial fue de atención de parto prematuro y ruptura prematura de membranas; a las 4:50 horas del mismo día [...] del mes [...] del año [...], a la exploración física registró presión arterial 150/95, pulso de 87, frecuencia respiratoria 18 por minuto. A las 7:50 horas del día antes mencionado reportó actividad uterina irregular, con salida de líquido amniótico transvaginal, frecuencia cardiaca fetal de 153 por minuto; a las 13:27 horas de la fecha antes indicada se obtiene el producto de 35 semanas de gestación mediante parto por vía vaginal (punto 3 del capítulo de evidencias, con relación al punto 7 de antecedentes y hechos).

Del propio documento se advierte que el recién nacido, presentó respiración y llanto espontáneo, se procedió a la aspiración de secreciones en nariz y boca, se cortó cordón umbilical y colocó en cuna de calor radiante, se le trató con vitamina K y cloranfenicol oftálmico; se le realizó somatometría y le fue colocada presión positiva continua en la vía aérea. A las 13:56 horas posterior a la reanimación el recién nacido pasó a la Unidad de Cuidados Intensivos, diagnosticado con síndrome de dificultad respiratoria secundaria a déficit de surfactante.

El día [...] del mes [...] del año [...] a las 14:00 horas se consignó en el expediente clínico que el recién nacido presentó cuadro de cianosis, seguido de apnea, se realizó intubación endotraqueal, en la radiografía de tórax se detectó neumotórax izquierdo de aproximadamente 50 por ciento (el borde del pulmón estaba a mitad de camino entre el mediastino y la pared torácica), se colocó sello con agua, y se mantuvo en fase III de ventilación (mecánica), pero con síndrome convulsivo.

El día [...] del mes [...] del año [...], a las 9:30 horas, fue elaborada la nota de defunción, con el diagnóstico de insuficiencia respiratoria aguda, neumotórax izquierdo, déficit de surfactante, prematuridad de 35 semanas de gestación y probable sepsis.

En cuanto a la actuación del médico (funcionario público²⁴), que según se desprende del expediente clínico a nombre de (quejosa²), fue el primer interviniente en la atención brindada a la antes mencionada, informó que había brindado la atención correspondiente, con base en la valorización previa por su

estado de salud (puntos 3 y 4 del capítulo de evidencias, en relación con los puntos 7, 10, 11 y 18 de antecedentes y hechos).

Por su parte la médica pediatra Azucena Ponce Corona, en vía de informe manifestó que el día [...] del mes [...] del año [...], aproximadamente a las 13:27 horas acudió al área de Toco-cirugía de la sala de expulsión para atender al recién nacido, hijo de (quejosa2), quien lloró y respiró al momento del nacimiento. Presentaba dificultad respiratoria para lo cual requirió apoyo con oxígeno. Le fue tomada una radiografía de tórax donde se observaron 7 espacios intercostal con presencia de infiltrado micronodular, por lo que se decide su ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos Especiales Neonatales, antes de haber integrado los diagnósticos del recién nacido, tales como pre-término 35 semanas de gestación, peso adecuado para su edad, riesgo de sepsis por ruptura de membrana y síndrome de dificultad respiratoria, secundaria a déficit surfactante. Se inició manejo y terminando su intervención a las 14:30 horas.

No pasa inadvertido para este organismo, que la intervención quirúrgica a (quejosa2) no fue controvertida, pues ésta fue atendida en tiempo y forma; se dieron las indicaciones pertinentes y desde su ingreso se solicitaron una serie de exámenes tendentes a descartar síndrome hipertensivo en el embarazo; se le prescribieron antihipertensivos; se le indicó antibiótico-terapia por la salida de líquido amniótico transvaginal, quedando establecida por lo cual estableció vigilancia de parto y se dejó evolucionar de forma espontánea.

Asimismo la atención brindada al recién nacido fue la adecuada y se buscó evitarle el riesgo de síndrome de dificultad respiratoria; que la reanimación neonatal se efectuó de acuerdo con los estándares médicos. Todo lo anterior atendiendo al contenido de la opinión técnica emitida por la Camejal (punto 4 del capítulo de evidencias, en relación con el 18 de antecedentes y hechos).

Sin embargo, esta Comisión recabó diversas probanzas que al ser evaluadas por el personal especializado de la Camejal, permiten concluir que hubo prácticas administrativas inadecuadas por falta de supervisión del personal médico en cuanto al manejo del recién nacido durante toda su estancia en el HRPV, e identificó responsabilidades institucionales del equipo médico participante en la atención brindada al recién nacido al no ordenar o practicar personalmente

una toma de gasometría, la cual resultaba indispensable para patología del recién nacido, que ayudarían a fijar los parámetros de ventilación pues en tal sentido que se encontraba en fase III; tampoco fue atendido de manera oportuna al momento de presentar el neumotórax colapsado al cincuenta por ciento, y así como que no se administró factor surfactante ni surfactante exógeno temprano (rescate) dentro de las primeras dos horas después del nacimiento lo cual está indicado en todo recién nacido prematuro con antecedentes de riesgo y signos clínicos sugestivos de síndrome de dificultad respiratoria; por último en el expediente se refirió probable sepsis sin germen aislado, más no se identificaron elementos que apoyaran o descartaran dicho diagnóstico, ni se mencionaron datos clínicos en las notas, ni se encuentran exámenes paraclínicos para evaluar. Con ello se acredita de manera fehaciente la violación del derecho a la legalidad y a la protección de la salud, por negligencia, imprudencia e inobservancia del marco normativo en agravio del hijo recién nacido de (quejosa2).

Por otra parte no pasa inadvertido para esta defensoría de derechos humanos que la Camejal, señaló prácticas administrativas inadecuadas que deberán corregirse de inmediato. Destacando deficiente integración del expediente clínico, letra ilegible, exceso de abreviaturas, y faltan fechas y horarios en varios registros, partograma incompleto y deficiente llenado de las cartas de consentimiento informado. Fue notorio que no hubo cumplimiento de las disposiciones contenidas en la norma oficial mexicana del expediente clínico (NOM-004-SSA3-2012), con lo que se acredita la violación del derecho a la legalidad consagrado en el marco jurídico antes invocado.

En ambos casos planteados, el resultado final fue la muerte de seres humanos recién nacidos por negligencia, omisión o mala praxis del personal de salud dependiente de una entidad gubernamental; en materia de atención de la salud es necesario pasar del discurso sobre el acceso universal a los servicios de salud, a la ejecución de acciones que redunden en un acceso real en los hechos. Contar con hospitales no significa por sí solo que se respeten y cumpla con los derechos mencionados, ni que la atención que brindan sea de calidad. Existe en la práctica evidencia plena sobre la vulnerabilidad de las mujeres en el acceso a servicios de salud reproductiva y obstétrica. Particular vulnerabilidad padecen las mujeres cuando en el supremo momento del alumbramiento se enfrentan a servicios de salud que no operan bajo los parámetros de profesionalismo y

calidad, quebrantan la normativa que rige el actuar del personal de la salud y como consecuencia, por omisión o negligencia se priva de la vida a aquellos a quienes el Estado les confió para preservarles la vida y la salud.

Es un imperativo para el respeto pleno de los derechos humanos que los sistemas de salud ofrezcan servicios efectivos, seguros y eficientes, y responder de manera adecuada a las expectativas de las y los usuarios. La calidad significa también disponer de servicios dignos, tiempos de espera razonables y acceso a las mejores prácticas, medicamentos de última generación y a mecanismos de supervisión del trabajo de quienes trabajan en el sistema de salud. No puede concebirse un nuevo caso en el estado de Jalisco en el cual una mujer acuda a algún hospital público y el producto de su embarazo pierda la vida por la incapacidad de su personal para darle la atención de calidad a la cual tiene derecho.

Reparación del daño

El 10 de junio de 2011 se publicó en el *Diario Oficial de la Federación* el decreto por el que se modificó la denominación del Capítulo I del Título Primero y reforma de diversos artículos de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, conocida como reforma constitucional en materia de derechos humanos, donde se incorporó el catálogo de derechos humanos protegidos por los instrumentos internacionales de los que México es parte.

Su importancia radica en que se da una nueva jerarquía a los tratados internacionales de derechos humanos en el orden jurídico mexicano, con lo cual se fortalece la obligación de todo órgano del Estado de conocer estos derechos y de respetarlos.

Un aspecto esencial de la reforma constitucional es que se incorpora al párrafo tercero del artículo 1° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos un beneficio directo de suma importancia que llenará los vacíos existentes para una debida reparación del daño en casos de violaciones de derechos humanos, pues imponen la obligación a los órganos del Estado de prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones de derechos humanos en los términos que establezca la ley.

Esta CEDHJ reitera que la reparación del daño a las víctimas de una violación de derechos humanos es un elemento fundamental para crear conciencia del principio de responsabilidad y enfrentar la impunidad. Es, desde luego, un medio de reparar simbólicamente una injusticia y un acto de reconocimiento del derecho de las víctimas y de la persona humana. La petición de reparación del daño se justifica en la certeza de que las diversas autoridades aquí señaladas han violado los derechos humanos de la parte agraviada y de que en el desempeño de sus funciones han perdido de vista la observancia obligatoria de los derechos humanos.

En ese sentido, es facultad de la Comisión Estatal de Derechos Humanos reclamar una justa reparación del daño y los daños y perjuicios ocasionados a la parte agraviada conforme a lo que se ordena en el artículo 73 de la ley que la rige, y que refiere:

Art. 73. Una vez agotadas las etapas de integración del expediente de queja, el visitador general deberá elaborar un proyecto de resolución, en el cual se analizarán los hechos, argumentos y pruebas, así como los elementos de convicción y las diligencias practicadas, a fin de determinar si las autoridades o servidores han violado o no los derechos humanos de los afectados.

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...

Si una autoridad incurre en responsabilidad con motivo de la acción u omisión de cualquiera de sus funcionarios, tiene la obligación de reparar las consecuencias de la violación. Las reparaciones serán acordes al caso en concreto que se esté tratando, y que estén establecidas en disposiciones nacionales e internacionales.

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en su artículo 113, último párrafo, establece: “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.”

Al mismo tenor, la Constitución Política del Estado de Jalisco dispone:

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

[...]

Artículo 107 bis. La responsabilidad del Estado y de los municipios por los daños que, con motivo de su actividad administrativa irregular, causen 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 un Estado democrático de derecho, las instituciones tienen la obligación de responder ante la sociedad y ante los individuos por los actos u omisiones de quienes en nombre de ella violan con su mala actuación los derechos humanos de terceras personas, como en este caso, independientemente de su posible responsabilidad administrativa, civil o penal.

Toda víctima de violaciones de derechos humanos debe ser atendida con base en diversos principios, que, de acuerdo con la doctrina de los derechos humanos y el derecho consuetudinario internacional, incluyen, entre otros:

I. Los conocidos como Principios de Joinet, presentados en el informe de 1997 del Relator Especial de la Comisión de Derechos Humanos de la ONU, que sobre el tema de la impunidad, precisan:

El derecho a saber. La prerrogativa inalienable de la víctima a conocer la verdad sobre las violaciones de derechos humanos ocurridas.

El derecho a la justicia. Consiste en que un tribunal o instancia competente integre y resuelva sobre los derechos que se han vulnerado, los agentes involucrados y las sanciones que correspondan; y

El derecho a obtener reparación. Contiene principios sobre los procedimientos de reparación y el ámbito de aplicación de este derecho y garantías para la no repetición de las violaciones.

En el año 2000, el Relator Especial sobre el Derecho de Restitución, Indemnización y Rehabilitación de las Víctimas de Violaciones de los Derechos Humanos y las Libertades Fundamentales, M. Cherif Bassiouni, presentó un informe final ante la Comisión de Derechos Humanos de la ONU y adjuntó una propuesta de Principios y Directrices Básicos sobre el Derecho de las Víctimas de Violaciones de Derechos Humanos y del Derecho Internacional Humanitario a Interponer un Recurso y a Recibir Reparación (conocidos como *Principios van Boven-Bassiouni*). En dichos principios se reconocen como formas de reparación: la restitución, indemnización, rehabilitación, satisfacción y garantías de no repetición.

Existe en el derecho internacional una cultura normativa de reparación del daño a las víctimas de violaciones de derechos humanos, que forma parte del derecho mexicano cuando éstos son adoptados y ratificados, de conformidad con los artículos 133 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y 4° de la Constitución Política del Estado de Jalisco.

Al respecto, los artículos 62.3 y 63.1, de 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, refieren en cuanto a la competencia y funciones de la Corte Interamericana de Derechos Humanos:

Artículo 62.3 La Corte tiene competencia para conocer de cualquier caso relativo a la interpretación y aplicación de las disposiciones de esta Convención que sea sometido, siempre que los Estados partes en el caso hayan reconocido y reconozcan dicha competencia.

[...]

Artículo 63.1. Cuando decida que hubo violación de un derecho o libertad protegidos en esta Convención, la Corte dispondrá que se garantice al lesionado en el goce de su derecho o libertad conculcados. Dispondrá asimismo, si ello fuera procedente, que se reparen las consecuencias de la medida o situación que ha configurado la vulneración de esos derechos y el pago de una justa indemnización a la parte lesionada.

La Corte Interamericana de Derechos Humanos es el órgano autorizado por la propia Convención para interpretar sus artículos; por ello, su opinión es una referencia importante para México y, por ende, para Jalisco en casos análogos como el analizado. Respecto de la obligación de reparar el daño, resulta conveniente invocar el punto de la obra denominada Repertorio de

Jurisprudencia del Sistema Interamericano de Derechos Humanos, que a la letra dice: “Es un principio de Derecho Internacional, que la jurisprudencia ha considerado ‘incluso una concepción general de derecho’, que toda violación a una obligación internacional que haya producido un daño comporta el deber de repararlo adecuadamente. La indemnización, por su parte, constituye la forma más usual de hacerlo...”

En su punto 44 se asienta:

La obligación contenida en el artículo 63.1 de la Convención es de derecho internacional y éste rige todos sus aspectos como, por ejemplo, su extensión, sus modalidades, sus beneficiarios, 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 sobre los actos humanos:

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, pero no es la única forma como debe ser reparado, porque puede haber casos en que aquélla no sea posible, suficiente o adecuada. De esta manera, a juicio de la Corte, debe ser interpretado el artículo 63.1 de la Convención Americana.

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

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

El punto 27 establece:

La indemnización que se debe a las víctimas o a sus familiares en los términos del artículo 63.1 de la Convención, debe estar orientada a procurar la *restitutio in integrum* de los daños causados por el hecho violatorio de los derechos humanos. El *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 ocurre en el caso presente. En esos supuestos, es procedente acordar el pago de una “justa indemnización” en términos lo suficientemente amplios para compensar, en la medida de lo posible, la pérdida sufrida.

La adecuada reparación del daño debe incluir:

1. *Daño emergente*. Afectación al patrimonio, derivada inmediata y directamente de los hechos. En la legislación mexicana suele equipararse al daño en sentido amplio.
2. *Lucro cesante*. Implica la ganancia o el beneficio que se dejó o dejará de percibir como consecuencia del hecho que causó el daño. En la legislación mexicana equivale al perjuicio, que en el presente caso no aplica.
3. *Daño físico*. Es la lesión que sufre la persona en su cuerpo.
4. *Daño inmaterial*. Es la lesión sufrida en los bienes no materiales que forman parte del patrimonio de las personas. Puede consistir en un daño jurídico, en un daño moral, en un daño al proyecto de vida o en un daño social, por los vínculos afectivos y sociales que sostenía con sus seres queridos.

Dentro de este rubro, podemos identificar los siguientes aspectos:

- *Daño jurídico*. Es la lesión que sufren las personas en sus derechos. Este daño se ve especialmente reflejado por la violación de las garantías individuales y sociales previstas en la Constitución y en los instrumentos internacionales sobre la materia.
- *Daño moral*. Es la lesión sufrida en el aspecto psíquico de la persona, de manera más precisa, en el emocional. Puede tener una dimensión individual o social. Tal afectación se refleja en los sentimientos de impotencia y susceptibilidad de los habitantes frente a las autoridades encargadas de velar por sus derechos.

- *Daño al proyecto de vida.* Es el que afecta la realización de la persona que ha sido víctima de la violación, considerando su vocación, aptitudes, circunstancias, potencialidades y aspiraciones que le permitían fijarse expectativas de posible realización. Implica, por tanto, la pérdida grave o menoscabo de oportunidades de desarrollo personal.
- *Daño social.* Es el que se provoca en quienes pertenecen a la comunidad y entorno en que se perpetró el hecho, en el que alguna autoridad o servidor público tuvo intervención, ya sea por acción o por omisión, trasciende a quien o quienes sufrieron la afectación original, impacta en la sociedad y sienta un precedente que implica la pérdida de confianza y de consolidación de los encargados de velar por la seguridad pública y la aplicación de justicia.

Para garantizar el cumplimiento de cada uno de estos elementos, la propia Corte Interamericana de Derechos Humanos ha establecido, entre otras medidas, las siguientes:

Gastos y costas. Constituyen los pagos que se originen por los daños que se hayan causado tanto a la víctima como a los ofendidos.

Medidas de satisfacción y garantía de no repetición. Acciones que efectúa el Estado para modificar prácticas administrativas o mecanismos de protección inadecuados.

Medidas preventivas. Medidas tomadas como respuesta a un incidente para prevenir, minimizar o mitigar pérdidas o daños a los gobernados.

Determinación y reconocimiento de responsabilidad. El objetivo es que el Estado acepte la falta que hayan cometido sus autoridades o servidores públicos. Es una medida significativa de satisfacción para las víctimas por los daños morales sufridos.

En cuanto a los elementos constitutivos de la indemnización, el punto 38 refiere: “La expresión ‘justa indemnización’ contenida en el artículo 63.1 de la

Convención, por referirse a una parte de la reparación y dirigirse a la ‘parte lesionada’, es compensatoria y no sancionatoria.”

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 de una violación de derechos humanos es una obligación del Estado, que debe ser cumplida seriamente y no como una mera formalidad.”

Los criterios de interpretación de la Corte son el resultado del análisis minucioso que especialistas en derechos humanos han hecho de casos similares ocurridos en este continente. Aunque es cierto que en México serían aplicables los criterios pronunciados después de la aceptación de la competencia contenciosa, en cada caso resuelto por la Corte, posteriormente se actualiza la interpretación que esta hace de la Convención y con ello también surge la obligación para nuestro país de acatarla; de ahí que México debe aplicar esos criterios en su ámbito interno.

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

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

[...]

11. Cuando funcionarios públicos u otros agentes que actúen a título oficial o cuasi oficial hayan violado la legislación penal nacional, las víctimas serán resarcidas por el Estado cuyos funcionarios o agentes hayan sido responsables de los daños causados. En los casos en que ya no exista el gobierno bajo cuya autoridad se produjo la acción u omisión victimizadora, el Estado o gobierno sucesor deberá proveer al resarcimiento de las víctimas.

Es importante aclarar que uno de los pilares del Estado de derecho es la responsabilidad de los servidores públicos y de la administración a la que pertenecen frente a los ciudadanos, pues dicha responsabilidad es el mecanismo

de cierre del sistema de protección de garantías de todo ciudadano frente a la acción del poder público administrativo.

Uno de los regímenes de responsabilidad civil extracontractual del Estado es el que acepta que éste puede responder ante la sociedad civil según un sistema de responsabilidad objetiva basado en la causalidad entre la acción u omisión del órgano y el daño ocasionado al derecho de una persona.

Al respecto, cabe precisar que atinadamente la Comisión Permanente del Congreso de la Unión aprobó la adición de un segundo párrafo al artículo 113 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que se publicó en el *Diario Oficial de la Federación* el 14 de junio de 2002, para quedar como sigue: “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”, que entró en vigor el 1 de enero de 2004.

El Gobierno del Estado de Jalisco, mediante el 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 del mismo año, 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 establecen las leyes, y al respecto, en sus artículos 1º, 2º, fracción I, 4º, 5º, 8º, 11, fracción II, 12, 16, 20, 24, fracciones I y III, 31 y 36, dispone:

Art. 1º. La presente ley es reglamentaria del artículo 107 Bis de la Constitución Política del Estado de Jalisco, y sus disposiciones son de orden público y de interés general.

El presente ordenamiento tiene por objeto fijar las base, límites y procedimientos para reconocer el derecho a la indemnización a quienes, sin obligación jurídica de soportarlo, sufran daños en cualquiera de sus bienes o derechos como consecuencia de la actividad administrativa irregular de los Poderes del Estado, sus dependencias y organismos públicos descentralizados, fideicomisos públicos estatales, organismos públicos autónomos, municipios, organismos descentralizados municipales,

fideicomisos públicos municipales, y las empresas de participación mayoritaria estatal o municipal.

La indemnización deberá ajustarse a los términos y condiciones señalados en esta ley y en las demás disposiciones aplicables en la materia.

Art. 2°. Para los efectos de esta ley se entenderá por:

I. Actividad administrativa irregular: aquella acción u omisión que cause daño a los bienes o derechos de los particulares que no tengan la obligación jurídica de soportar, en virtud de no existir fundamento legal o causa jurídica de justificación para legitimar el daño de que se trate...

Art. 4°. Los daños y perjuicios que constituyan la lesión patrimonial reclamada, incluidos los personales y morales, habrán de ser ciertos, evaluables en dinero, directamente relacionados con una o varias personas, y desproporcionados a los que pudieran afectar al común de la población.

Art. 5° [...]

Los ayuntamientos y las demás entidades a que se refiere la presente Ley, deberán establecer en sus respectivos presupuestos la partida que deberá destinarse para cubrir las responsabilidades patrimoniales que pudieran desprenderse de este ordenamiento...

Art. 8°. A falta de disposición expresa en esta ley, se aplicarán supletoriamente las contenidas en la Ley de Justicia Administrativa, Código Fiscal y Código Civil vigentes para el Estado.

[...]

Art. 11. Los montos de las indemnizaciones se calcularán de la siguiente forma:

[...]

II. En el caso de daño moral, la autoridad calculará el monto de la indemnización de acuerdo a los criterios establecidos por el Código Civil del Estado de Jalisco, tomando igualmente la magnitud del daño.

La indemnización por daño moral que las entidades estén obligadas a cubrir no excederá del equivalente de tres mil seiscientos cincuenta salarios mínimos vigentes en la zona metropolitana de Guadalajara, por cada reclamante afectado.

Art. 12. La cuantificación de la indemnización se calculará de acuerdo a la fecha en que sucedieron los daños o la fecha en que hayan cesado cuando sean de carácter

continuo, sin perjuicio de la actualización de los valores al tiempo de su efectivo pago, de conformidad con lo dispuesto por el Código Fiscal del Estado.

[...]

Art. 16. Los procedimientos de responsabilidad patrimonial del Estado o municipios se iniciarán de oficio o a petición de parte interesada.

[...]

Art. 20. Cuando el procedimiento se inicie a petición de parte, la reclamación deberá ser presentada ante la entidad presuntamente responsable.

[...]

Art. 24. El daño patrimonial que sea consecuencia de la actividad administrativa irregular de la entidad deberá acreditarse ante las instancias competentes, tomando en consideración los siguientes criterios:

I. En los casos en que la causa o causas productoras del daño sean claramente identificables, la relación causa-efecto entre el daño patrimonial y la acción administrativa imputable a la entidad deberá probarse plenamente; y

[...]

En su defecto, la causalidad única o concurrencia de hechos y condiciones causales, así como la participación de otros agentes en la generación del daño reclamado, deberá probarse a través de la identificación precisa de los hechos relevantes para la producción del resultado final, mediante el examen riguroso tanto de las cadenas causales autónomas o dependientes entre sí, como las posibles interferencias originales o sobrevenidas que hayan podido atenuar o gravar el daño patrimonial reclamado.

[...]

Art. 31. En caso de concurrencia acreditada en los términos del artículo 24 de esta Ley, el pago de la indemnización correspondiente deberá distribuirse proporcionalmente entre todos los causantes del daño reclamado, de acuerdo a su respectiva participación.

Art. 36. Las entidades podrán repetir en contra de los servidores públicos el pago de la indemnización cubierta a los particulares en los términos de la presente Ley cuando, previa substanciación del procedimiento administrativo previsto en la Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Jalisco, se determine su responsabilidad, siempre y cuando la falta administrativa haya tenido el carácter de infracción grave.

En la Ley General de Víctimas, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 3 de mayo de 2013, se reconocen como derechos los siguientes:

Artículo 2. El objeto de esta Ley es:

I. Reconocer y garantizar los derechos de las víctimas del delito y de violaciones a derechos humanos, en especial el derecho a la asistencia, protección, atención, verdad, justicia, reparación integral, debida diligencia y todos los demás derechos consagrados en ella, en la Constitución, en los Tratados Internacionales de derechos humanos de los que el Estado Mexicano es Parte y demás instrumentos de derechos humanos;

II. Establecer y coordinar las acciones y medidas necesarias para promover, respetar, proteger, garantizar y permitir el ejercicio efectivo de los derechos de las víctimas; así como implementar los mecanismos para que todas las autoridades en el ámbito de sus respectivas competencias cumplan con sus obligaciones de prevenir, investigar, sancionar y lograr la reparación integral;

III. Garantizar un efectivo ejercicio del derecho de las víctimas a la justicia en estricto cumplimiento de las reglas del debido proceso;

IV. Establecer los deberes y obligaciones específicos a cargo de las autoridades y de todo aquel que intervenga en los procedimientos relacionados con las víctimas;

V. Establecer las sanciones respecto al incumplimiento por acción o por omisión de cualquiera de sus disposiciones.

Artículo 4. Se denominarán víctimas directas aquellas personas físicas que hayan sufrido algún daño o menoscabo económico, físico, mental, emocional, o en general cualquiera puesta en peligro o lesión a sus bienes jurídicos o derechos como consecuencia de la comisión de un delito o violaciones a sus derechos humanos reconocidos en la Constitución y en los Tratados Internacionales de los que el Estado Mexicano sea Parte.

[...]

Artículo 7. Los derechos de las víctimas que prevé la presente Ley son de carácter enunciativo y deberán ser interpretados de conformidad con lo dispuesto en la Constitución, los tratados y las leyes aplicables en materia de atención a víctimas, favoreciendo en todo tiempo la protección más amplia de sus derechos.

Las víctimas tendrán, entre otros, los siguientes derechos:

I. A una investigación pronta y eficaz que lleve, en su caso, a la identificación y enjuiciamiento de los responsables de violaciones al Derecho Internacional de los derechos humanos, y a su reparación integral;

II. A ser reparadas por el Estado de manera integral, adecuada, diferenciada, transformadora y efectiva por el daño o menoscabo que han sufrido en sus derechos como consecuencia de violaciones a derechos humanos y por los daños que esas violaciones les causaron;

La Ley de Atención a Víctimas del Estado de Jalisco, que fue promulgada mediante el decreto 24831/LX/14, aprobado el 26 de febrero de 2014, y publicada en el periódico oficial *El Estado de Jalisco* el 27 de ese mismo mes y año, con vigencia desde el 29 de marzo de ese año. En dicha ley se estableció la obligación del Estado para reparar los daños causados a las víctimas:

Artículo 1. La presente Ley es de orden público, de interés social y de estricta observancia en todo el Estado de Jalisco, en términos de lo dispuesto por los artículos 1º, párrafo tercero, 17 y 20 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Tratados Internacionales en los que el Estado Mexicano sea parte, la Constitución Política del Estado de Jalisco y demás ordenamientos aplicables.

La presente Ley obliga, en sus respectivas competencias, a las autoridades de los órdenes de gobierno Estatal y Municipal, así como a las instituciones y organismos que deban de velar por la protección de las víctimas del delito, a proporcionar ayuda, asistencia o reparación integral.

[...]

La reparación integral comprende las medidas de restitución, rehabilitación, compensación, satisfacción y garantías de no repetición, en sus dimensiones: individual, colectiva, material, moral y simbólica. Cada una de estas medidas será implementada a favor de la víctima teniendo en cuenta la gravedad y magnitud del hecho victimizante cometido o la gravedad y magnitud de la violación de sus derechos, así como las circunstancias y características del hecho victimizante.

Artículo 2. El objeto de esta Ley es:

I. Reconocer y garantizar los derechos de las víctimas del delito y de violaciones a sus derechos humanos, en especial el derecho a la asistencia, protección, atención, verdad, justicia, reparación integral, debida diligencia y todos los demás derechos consagrados en la Constitución General, en los Tratados Internacionales de derechos humanos de

los que el Estado Mexicano sea parte, la Constitución Política del Estado de Jalisco y demás ordenamientos jurídicos que reconozcan derechos humanos;

II. Establecer y coordinar las acciones y medidas necesarias para promover, respetar, proteger, garantizar y permitir el ejercicio efectivo de los derechos de las víctimas; así como implementar los mecanismos para que todas las autoridades Estatales y municipales, en el ámbito de sus respectivas competencias, cumplan con sus obligaciones de prevenir, investigar, sancionar y lograr la reparación integral;

III. Garantizar un efectivo ejercicio del derecho de las víctimas a la justicia en estricto cumplimiento de las reglas del debido proceso;

IV. Establecer los deberes y obligaciones específicos a cargo de las autoridades estatales y municipales y de todo aquel que intervenga en los procedimientos relacionados con las víctimas; y

V. Establecer las sanciones respecto al incumplimiento por acción o por omisión de cualquiera de sus disposiciones.

Artículo 3. Esta Ley se interpretará de conformidad con la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, con los Tratados Internacionales, la Constitución Política del Estado de Jalisco y demás normativa aplicable favoreciendo en todo tiempo la protección más amplia de los derechos de las víctimas, aplicando siempre la disposición que más favorezca a la persona.

Artículo 4. Para los efectos de esta Ley, se consideran víctimas aquellas personas físicas que hayan sufrido directa o indirectamente algún daño o menoscabo económico, físico, mental, emocional o en general cualquier riesgo o lesión a sus bienes jurídicos o derechos, como consecuencia de la comisión de un delito o violaciones a sus derechos humanos reconocidos en la Constitución Federal, en los Tratados Internacionales, la Constitución Política del Estado de Jalisco y demás normativa aplicable, derivadas de una averiguación previa, un procedimiento penal, o administrativo, o en su caso en una carpeta de investigación.

[...]

Artículo 5. Las políticas, programas, estrategias, lineamientos, acciones, mecanismos, medidas y procedimientos establecidos en esta Ley, y demás ordenamientos aplicables serán diseñados, ejecutados, evaluados y aplicando los siguientes principios:

I. Dignidad. La dignidad humana es un valor, principio y derecho fundamental, base y condición de todos los demás derechos humanos. Implica la comprensión de la persona como titular y sujeto de derechos y a no ser objeto de violencia o arbitrariedades por parte del Estado o de los particulares.

[...]

III. Complementariedad. Los mecanismos, medidas y procedimientos contemplados en esta Ley, en especial los relacionados con la asistencia, ayuda, protección, atención y reparación integral a las víctimas, deberán realizarse de manera armónica, eficaz y eficiente, entendiéndose siempre como procesos complementarios y no excluyentes.

Tanto las reparaciones individuales y colectivas podrán ser de carácter administrativo o judicial, como las reparaciones colectivas deben ser complementarias para alcanzar la integralidad que busca la reparación.

IV. Debida diligencia. El Estado deberá realizar las actuaciones necesarias para lograr el objeto de esta Ley, en especial la prevención, ayuda, atención, asistencia, derecho a la verdad, justicia y reparación integral a fin de que la víctima sea tratada y considerada como sujeto titular de derecho.

El Estado y, en su caso los municipios, deberán propiciar el acceso real y efectivo de las víctimas a las medidas reguladas por la presente Ley, realizar prioritariamente acciones encaminadas al fortalecimiento de sus derechos, contribuir a su recuperación como sujetos en ejercicio pleno de sus derechos y deberes que se realicen en favor de las víctimas.

V. Enfoque diferencial y especializado. Esta Ley reconoce la existencia de grupos de población con características particulares o con mayor situación de vulnerabilidad en razón de su edad, género, creencias, etnia, discapacidades, preferencias u orientación sexual, en consecuencia se reconoce que ciertos daños requieren de una atención especializada que responda a las particularidades y situación de riesgo al que se encuentren expuestas las víctimas.

Las autoridades que deban aplicar esta Ley ofrecerán, en el ámbito de sus respectivas competencias, garantías especiales y medidas de protección a los grupos expuestos a un mayor riesgo de violación de sus derechos, como niñas y niños, jóvenes, mujeres, adultos mayores, personas con discapacidad, migrantes, miembros de pueblos indígenas, personas defensoras de derechos humanos, periodistas y personas en situación de desplazamiento interno. En todo momento se reconocerá el interés superior del menor.

[...]

VI. Enfoque transformador. Las autoridades que deban aplicar la presente Ley realizarán, en el ámbito de sus respectivas competencias, las acciones necesarias para que las medidas de ayuda, protección, atención, asistencia y reparación integral a las

que tienen derecho las víctimas contribuyan a la eliminación de los esquemas de discriminación y marginación que provocaron los hechos victimizantes.

[...]

X. Máxima protección. Toda autoridad de los órdenes de gobierno estatal y municipal debe velar por la aplicación más amplia de medidas de protección a la dignidad, libertad, seguridad y demás derechos de las víctimas del delito y de violaciones a los derechos humanos.

Las autoridades adoptarán en todo momento, medidas para garantizar la seguridad, protección, bienestar físico y psicológico de las víctimas.

XI. Mínimo existencial. Constituye una garantía fundada en la dignidad humana como presupuesto del estado democrático y consiste en la obligación de proporcionar a las víctimas y a su núcleo familiar un lugar en el que se les preste la atención adecuada para que superen su condición y cuenten con los elementos necesarios para asegurar su subsistencia y dignidad.

Artículo 7. Los derechos de las víctimas establecidos en la presente Ley deberán ser interpretados de conformidad con lo dispuesto en la Constitución General, Local, los Tratados Internacionales en los que el Estado Mexicano sea parte, y los demás ordenamientos jurídicos aplicables en materia de atención a víctimas, favoreciendo la protección integral de sus derechos. Corresponderán a las Víctimas los siguientes derechos:

II. A ser reparadas por el Estado de manera integral, adecuada, diferenciada, transformadora y efectiva por el daño o menoscabo que han sufrido en sus derechos como consecuencia de violaciones a derechos humanos y por los daños que esas violaciones les causaron;

[...]

VI. A solicitar y a recibir ayuda, asistencia y atención en forma oportuna, rápida, equitativa, gratuita y efectiva por personal especializado en atención al daño sufrido desde la comisión del hecho victimizante, con independencia del lugar en donde ella se encuentre, así como a que esa ayuda, asistencia y atención no dé lugar, en ningún caso, a una nueva afectación;

VII. A la verdad, a la justicia y a la reparación integral a través de recursos y procedimientos accesibles, apropiados, suficientes, rápidos y eficaces;

[...]

XIX. A ser beneficiaria de las acciones afirmativas y programas sociales públicos para proteger y garantizar sus derechos;

XX. A participar en la formulación, implementación y seguimiento de la política pública de prevención, ayuda, atención, asistencia y reparación integral;

XXI. A que las políticas públicas que son implementadas con base en la presente Ley tengan un enfoque transversal de género y diferencial, particularmente en atención a la infancia, los adultos mayores y población indígena;

[...]

XXX. A que se les otorgue, en los casos que proceda, la ayuda provisional

Artículo 18. Las víctimas tienen derecho a ser reparadas de manera oportuna, plena, diferenciada, transformadora, integral y efectiva por el daño como consecuencia del delito o hecho victimizante que las ha afectado o de las violaciones de derechos humanos, de las que han sido objeto, comprendiendo medidas de restitución, rehabilitación, compensación, satisfacción y medidas de no repetición.

Artículo 19. Para los efectos de la presente Ley, la reparación integral comprenderá:

I. La restitución: buscará devolver a la víctima a la situación anterior a la comisión del delito o a la violación de sus derechos humanos;

II. La rehabilitación: buscará facilitar a la víctima hacer frente a los efectos sufridos por causa del hecho punible o de las violaciones de derechos humanos;

III. La compensación habrá de otorgarse a la víctima de forma apropiada y proporcional a la gravedad del hecho punible cometido o de la violación de derechos humanos sufrida y teniendo en cuenta las circunstancias de cada caso;

IV. La satisfacción: buscará reconocer y restablecer la dignidad de las víctimas;

V. Las medidas de no repetición: buscarán que el hecho punible o la violación de derechos sufrida por la víctima no vuelva a ocurrir...

La institución pública a la que corresponde reparar el daño, es la Secretaría de Salud, ya que sus representantes y titulares en turno deben asumir la responsabilidad patrimonial sobre los hechos violatorios de derechos humanos cometidos en agravio de (quejosa) y su hijo (finado) así como de (quejosa2) y su hijo recién nacido (finado).

Uno de los regímenes de responsabilidad civil extracontractual del Estado es el que acepta que éste puede responder ante la ciudadanía según un sistema de responsabilidad objetiva basado en la causalidad entre la acción u omisión del órgano y el daño ocasionado al derecho de una persona.

En consecuencia, las instituciones mencionadas no pueden negarse a aceptar responsabilidades sobre hechos violatorios de derechos humanos, ocurridas por omisiones que vulneran el contenido de nuestra Carta Magna y de los tratados internacionales enunciados de acuerdo con el artículo 133 constitucional.

Como se dijo, el cumplimiento de esta indemnización tiene el significado de una justa reivindicación y el reconocimiento de la injusticia cometida, aunado al de una exigencia ética y política de que el gobierno municipal prevenga tales hechos y combata su impunidad.

Porque, finalmente, el compromiso de atender estos derechos es responsabilidad del Estado en su totalidad, por lo que las acciones u omisiones que han propiciado dichas violaciones no pueden descontextualizarse de su ejercicio como servidores públicos, y están obligados a cumplir con las disposiciones legales en el ámbito de su encomienda.

Por lo expuesto, y con fundamento en los artículos 1º y 102, apartado B, de la Constitución Política del Estado de Jalisco; 7º, fracciones I y XXV; 28, fracción III; 66, 68, 72, 73, 75, 76, 77, 78 y 79 de la Ley de la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Jalisco; 109, 119, 120, 121 y 122 de su Reglamento Interior, esta institución llega a las siguientes:

IV. CONCLUSIONES

En el presente caso quedó acreditado que el personal médico del Hospital Regional de Puerto Vallarta transgredió los derechos humanos a la legalidad y a la protección de la salud de la parte agraviada, por lo que ésta tiene derecho a una reparación oportuna, plena, diferenciada, transformadora, integral y efectiva por el daño que ha sufrido como consecuencia de las violaciones de los derechos humanos de las que fue objeto, así como una justa reparación integral, cuyo efecto sea no sólo restitutivo, sino correctivo, que comprenda la

rehabilitación, la compensación, la satisfacción y las medidas de no repetición, como se establece en los artículos 26 y 27 de la Ley General de Víctimas.

Recomendaciones:

Al doctor Antonio Cruces Mada, secretario de Salud y director del organismo público descentralizado Servicios de Salud Jalisco:

Primera. Que la institución que representa realice el pago por la reparación del daño a las víctimas, conforme a derecho, de forma directa y en la que se incluyan de forma integral todas las medidas de restitución, rehabilitación, compensación, satisfacción, garantías de no repetición y reparación colectiva, de conformidad con la Ley General de Víctimas, la Ley de Atención a Víctimas del Estado y los instrumentos internacionales invocados en la presente Recomendación. En este rubro deberá de incluirse la indemnización pecuniaria correspondiente.

Segunda. Como medida de satisfacción, instruya a quien corresponda para que inicie, tramite y concluya un procedimiento sancionatorio en contra de las médicas Azucena Ponce Corona y Mónica Leticia Bibiano Hernández, adscritas al Hospital Regional de Puerto Vallarta, en el que se consideren las evidencias, razonamientos y fundamentos expuestos en esta resolución.

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 en torno a la probable responsabilidad de los servidores públicos por violación 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 deja de cumplirse con los fines de la aplicación de las penas y sanciones, en el sentido de que estas deben ser ejemplares, aflictivas, inhibitorias y educativas.

Tercera. Como medida de satisfacción. Gire instrucciones al personal de la administración que tenga las atribuciones legales suficientes, para que se amoneste por escrito, con copia al expediente a María Jazmín Campanita Lozano Ramos, David Ricardo Flores Arreola, Rocío Rentería Osuna, Laura Ramos Zárate, Cecilia Casillas Macedo, Liliana Dolores González Rentería, Inés Priscila Manzano Sánchez y Elizabeth Juárez Méndez, en el sentido de que

en lo sucesivo deberán dar cumplimiento de forma oportuna a los requerimientos efectuados por esta Comisión. Se les hará saber de las responsabilidades y sanciones a que se harán acreedoras y acreedor en caso de desacato, conforme a lo que para tal efecto establece la Ley de Responsabilidades para los Servidores Públicos del Estado de Jalisco.

Cuarta. Como medida de satisfacción, ordene que se agregue copia de la presente resolución a los expedientes administrativos de cada uno de los servidores públicos involucrados, aun cuando ya no tengan ese carácter. Ello, como antecedente de que violaron derechos humanos en los términos de esta Recomendación.

Quinta. Como medida de satisfacción, gire instrucciones a quien corresponda para que personal especializado brinde atención médica, psicológica o psiquiátrica que resulte necesaria a las víctimas derivadas de los hechos materia de la presente recomendación. Para lo anterior deberá entablarse comunicación con la parte quejosa en cada caso (quejosa) y (quejosa2), a efecto de que previo su consentimiento, se acuerden los mecanismos de atención en su lugar de residencia, atención que debe proporcionarse por el tiempo que resulte necesario, incluyendo el pago de los medicamentos que en su caso requieran éstas y sus familiares.

Sexta. Como medidas de no repetición de hechos como los que se documentaron en esta Recomendación:

a) Gire instrucciones a todo el personal médico del Hospital Regional de Puerto Vallarta respecto a la obligatoriedad en la aplicación de la norma oficial mexicana NOM-004-SSA3-2012 relativa al expediente clínico.

b) Gire instrucciones para que se brinde un curso de capacitación relativo al ejercicio de técnicas de revisión de procedimiento de la atención por parte del equipo de trabajo involucrado, como la “autopsia verbal” o cualquier otro que implique medidas o procedimientos para la identificación y gestión de riesgos, tendentes a mejorar la seguridad de la atención para prevenir y evitar posibles eventos adversos como los que fueron materia de la presente recomendación.

c) Gire instrucciones a quien corresponda para que el Hospital Regional de Puerto Vallarta, elabore un plan de acción apegado a las normas oficiales mexicanas y a las guías clínicas, para corregir las desviaciones identificadas en los presentes casos por la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco.

d) De conformidad con las atribuciones que le otorga el artículo 3° de la Ley del Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público del Estado de Jalisco, se analice la posibilidad de que en el presupuesto de egresos de 2017 se tome en cuenta la contratación de nuevas plazas para atender la especialidad de Neonatología en el Hospital Regional de Puerto Vallarta a efecto de garantizar el derecho a la salud establecido en el artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y los tratados internacionales.

Por otra parte, durante las investigaciones realizadas por personal de esta institución, se observó que el Hospital Regional cuenta con algunas deficiencias en cuanto a personal y a infraestructura, por lo que con fundamento en los artículos 70 y 71 de la Ley de la Comisión Estatal de Derechos Humanos, se le solicita a manera de petición lo siguiente:

a) Gire instrucciones a quien corresponda para que se ejerza vigilancia y supervisión por parte del personal directivo del Hospital Regional de Puerto Vallarta en el área de Toco-cirugía, para resolver problemas en el manejo de embarazos y de las cirugías que se practican a las y los usuarios de los servicios de salud.

Finalmente, aun cuando los servidores públicos adscritos a la Dirección Regional Costa Norte, dependiente de la Fiscalía General del Estado, no fueron señalados como autoridades responsables a manera de petición se solicita al maestro Francisco de Jesús Sandoval Rodríguez, titular de la dependencia antes mencionada, como único punto lo siguiente:

Gire instrucciones al fiscal que actualmente tiene la responsabilidad de integrar la carpeta de investigación [...], para que se analice con profundidad todas las actuaciones de dicha carpeta; proceda a la búsqueda o recepción de los elementos que sean necesarios para garantizar el derecho al acceso a la justicia y en general todos los derechos de las víctimas del delito conforme lo

establecen la Ley General de Víctimas y la Ley de Víctimas del Estado de Jalisco.

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

Con fundamento en los artículos 72, 73, 76, 77 y 78 de la Ley de la CEDHJ, se informa a la autoridad a la que se dirige la presente Recomendación, que tiene diez días hábiles, contados a partir de la notificación correspondiente, para que informen a este organismo si fue aceptada o no; en caso afirmativo, esta Comisión únicamente quedará en espera de las constancias que acrediten su cumplimiento, las cuales deberán presentarse dentro de los quince días hábiles siguientes a la fecha de aceptación.

Atentamente

Doctor Felipe de Jesús Álvarez Cibrián
Presidente

Ésta es la última página correspondiente a la Recomendación 51/2016, la cual consta de 111 páginas.