



SÍNTESIS: El 7 de noviembre de 1997, este Organismo Nacional recibió un escrito de queja presentado por el señor Santiago López Trinidad ante la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Chiapas y que por razones de competencia se remitió a este Organismo Nacional, mediante el cual denunció violaciones a los Derechos Humanos cometidas en agravio de la señora Anita Moguel Velázquez, por la negligencia médica en que presuntamente incurrió personal médico de la Secretaría de Salud del Estado de Chiapas. El quejoso señaló que, en junio de 1997, un doctor adscrito al Centro de Salud del ejido Tamaulipas, estación "Joaquín Amaro", en el Municipio de Pijijiapan, Chiapas, invitó a las mujeres de la comunidad a que se les practicara la salpingoclasia. En tal virtud, el 3 de mayo del año citado, 14 de ellas, entre las que se encontraba la señora Anita Moguel Velázquez, accedieron a la realización de dicha operación, la cual se les practicó en el Hospital Regional de la Ciudad de Tonalá, de la misma entidad federativa. Agregó que los médicos que intervinieron a la señora Anita Moguel Velázquez "se pasaron de anestesia" por lo cual falleció el 7 de mayo de 1997, precisando en el acta de defunción neumonía como causa de la muerte. Lo anterior dio origen al expediente CNDHIJ211971CHIS17331.

Del análisis de la documentación remitida, así como de la investigación realizada por este Organismo Nacional, se comprobó la existencia de diversas irregularidades, por lo que se concluye que se acreditaron actos violatorios a los Derechos Humanos de la señora Anita Moguel Velázquez, consistentes en la prestación indebida del servicio público de salud por parte de personal médico del Hospital General "Dr. Juan C. Corzo", ubicado en Tonalá, Chiapas, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 40. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, - 12. 1, y 12.2, inciso d, del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, - 1; 2, fracciones I y V, - 5; 6, fracciones I y V, - 23, - 32; 33, fracciones I, II y III, - 416, y 470, de la Ley General de Salud; 7, fracciones I, II y V, - 19, fracción I, 26, y 52, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica; 45, fracción I, de la Ley de Responsabilidades de los Servidores y Públicos del Estado de Chiapas, - 293, fracciones I y II, del Código Penal para el Estado Libre y Soberano de Chiapas, y 1891 y 1904, del Código Civil para el Estado de Chiapas. Con base en lo señalado, esta Comisión Nacional ha llegado a la conclusión de que el personal médico del Hospital General "Dr. Juan C. Corzo" del Municipio de Tonalá, Chiapas, ha violado los derechos sociales de ejercicio individual, con relación a las violaciones al derecho a la protección de la salud y, específicamente, el de negligencia médica, en agravio de la señora que en vida se llamara Anita Moguel Velázquez. Por ello, este Organismo Nacional emitió, el 30 de enero de 1999, una Recomendación al Gobernador del estado de Chiapas, a fin de que se sirva enviar sus indicaciones a quien corresponda, para que se inicie un procedimiento administrativo de investigación en contra de los servidores públicos señalados en el capítulo Observaciones de la Recomendación 7199, por la responsabilidad en que incurrieron; que se les impongan las sanciones que conforme a Derecho procedan, sin perjuicio de hacer del conocimiento de la Representación Social del estado los presentes hechos, para los efectos de su competencia, - que instruya a quien corresponda a fin de indemnizar a los familiares de quien en vida llevó el nombre de Anita Moguel Velázquez, que demuestren tener mejor derecho, con motivo de los hechos narrados en el cuerpo de la Recomendación de mérito;

que se sirva enviar sus instrucciones a quien corresponda, a fin de que se dote al Hospital General "Dr. Juan C. Corzo", de Tonalá, Chiapas, de los recursos técnicos que se requieran para la adecuada atención de los pacientes que acudan al servicio; que instruya a quien corresponda a fin de que se inicie un procedimiento administrativo de investigación por la responsabilidad en que pudo haber incurrido el servidor público que expidió el certificado de defunción de quien en vida llevó el nombre de Anita Moguel Velázquez, y, de ser el caso, se le sancione conforme a Derecho proceda.

Recomendación 007/1999

México, D.F., 30 de enero de 1999

Caso de la señora Anita Moguel Velázquez

**Lic. Roberto Albores Guillén,
Gobernador del estado de Chiapas, Tuxtla Gutiérrez, Chis.**

Distinguido Gobernador:

La Comisión Nacional de Derechos Humanos, con fundamento en los artículos 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y lo.; 6o., fracciones 11 y III; 15, fracción VII; 24, fracción IV; 44; 46 y 51, de la Ley de la Comisión Nacional de Derechos Humanos, ha procedido al examen de los elementos contenidos en el expediente CNDH/121/97/CHIS/7331, relacionados con el caso de la señora Anita Moguel Velázquez.

Respecto de las autoridades de salud que resultan responsables es aplicable el artículo 4o., párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, toda vez que en materia de salubridad general se establece la concurrencia de la Federación y de las entidades federativas, conforme a lo que dispone el artículo 73, fracción XVI, de la misma Constitución. En tal virtud, también es aplicable el acuerdo número 122, emitido por el doctor Juan Ramón de la Fuente Ramírez, Secretario de Salud, relativo a la delegación de facultades en materia jurídica a los jefes de servicios coordinados de salud pública en los Estados y al titular de los servicios de salud pública en el Distrito Federal; acuerdo emitido el 24 de marzo de 1995, y publicado en el *Diario Oficial* de la Federación el 21 de abril de 1995, y vistos los siguientes:

I. HECHOS

A. El 7 de noviembre de 1997, este Organismo Nacional recibió el escrito de queja presentado por el señor Santiago López Trinidad, ante la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Chiapas y que por razones de competencia se remitió a este Organismo Nacional, mediante el cual denunció violaciones a los Derechos Humanos, cometidas en agravio de la señora Anita Moguel Velázquez, por la negligencia médica en que presuntamente incurrió el personal médico de la Secretaría de Salud del Estado de Chiapas.

El quejoso señaló que en junio de 1997, el doctor Jesús Macías Vasallo, adscrito al Centro de Salud del Ejido Tamaulipas, estación "Joaquín Amaro", en el Municipio de Pijijiapan, Chiapas, invitó a las mujeres de la comunidad a que se les practicara la salpingoclasia. En tal virtud, el 3 de mayo del año mencionado, 14 de ellas, entre la que se encontraba su nuera, la señora Anita Moguel Velázquez, accedieron a la realización de dicha operación, que se les practicó en el Hospital Regional de la Ciudad de Tonalá, en la misma entidad federativa.

Agregó que los médicos que intervinieron a su nuera "se pasaron de anestesia", por lo cual falleció el 7 de mayo de 1997, precisando en el acta de definición neumonía como causa de la muerte.

En virtud de lo anterior, el quejoso solicitó la intervención de este Organismo Nacional, a efecto de que se lleve a cabo la indemnización correspondiente, toda vez que quedaron huérfanos seis menores de edad.

B. Con objeto de atender la queja de mérito, esta Comisión Nacional realizó las gestiones siguientes:

i) Mediante el oficio 39231, del 27 de noviembre de 1997, se solicitó al licenciado Marco Antonio de Stefano Sahagún, Director General de Asuntos Jurídicos de la Secretaría de Salud, un informe detallado sobre los hechos que dieron origen al expediente de queja.

En respuesta al requerimiento de información señalado en el párrafo precedente, se recibió el oficio 5003/11984, del 10 de diciembre del año citado, suscrito por el doctor José Alberto Cancino Gamboa, Secretario de Salud del Estado de Chiapas, al que anexó un informe y copia del expediente clínico de la señora Anita Moguel Velázquez, quien fue atendida en el Hospital General "Dr. Juan C. Corzo". de la Secretaría de Salud de esa entidad federativa.

ii) El expediente clínico de la señora Moguel Velázquez fue sometido a dictamen de la Coordinación de Servicios Periciales de la Comisión Nacional de Derechos Humanos, instancia que procedió a la elaboración del análisis correspondiente. Para estos efectos, se tomaron en consideración los siguientes documentos:

— La atención que se le brindó a la agraviada fue en el Hospital General "Dr. Juan C. Corzo", dependiente de los Servicios Coordinados de Salud Pública de la Secretaría de Salud en el Estado de Chiapas.

— La nota de ingreso a urgencias de las 08:00 horas del 3 de mayo de 1997, de la que se observó que "la paciente es programada para OTB (oclusión tubaria bilateral); entre sus antecedentes de importancia quirúrgica tiene cesárea previa, así como colecistectomía, además se describen sus signos vitales". No se encuentra el nombre del médico que la elaboró.

— La nota preanestésica de las 08:20 horas del 3 de mayo de 1997, elaborada por el doctor "Antonio", en la que se refiere "diagnóstico de paridad satisfecha, con antecedentes

de colecistectomía con anestesia general y cesárea Kerr con bloqueo peridural sin complicaciones, consciente, hidratada, angustiada, orofaringe normal, campos pulmonares ventilados. Estudios de laboratorio: Hb 13 gramos, Hto. 39.5, grupo 'O' Rh +, ASA EIB. Plan: bloqueo peridural no se describen sus signos vitales.

— Una aparente nota posquirúrgica de las 11:35 horas del 3 de mayo de 1997, en la que se aprecia que se encuentra ilegible la firma de quien la elaboró, se indica que "la paciente del sexo femenino de 27 años de edad, a la cual, bajo bloqueo peridural, se le efectuó salpingoclasia bilateral tipo Pomeroy modificada. Durante dicho acto quirúrgico no se presentó accidente ni incidente" (se trata de una nota escrita en hoja en blanco y sin el nombre del médico).

— La nota postanestésica de las 11:35 horas del 3 de mayo de 1997, suscrita por el doctor Filemón Antonio Reyes, en la que refiere el diagnóstico de: paridad satisfecha, se aplica bloqueo peridural L2-L3, técnica Gutiérrez, lidocaína al 2 % 300 mg, con signos vitales TA: 110/70, frecuencia cardíaca 80 x', frecuencia respiratoria 26x', espontánea, con latencia de 8', nivel anestésico T6, bloqueo motor +, bloqueo sensitivo + + +, medicamentos complementarios: diazepam en dosis fraccionadas 5 + 5 mg y atropina 0.8 mg IV sol. Hartman 1200 m], sangrado 50 ml. Pasa a hospitalización con Aldrete de 8.

— La nota médica de las 13:00 horas del 3 de mayo de 1997, elaborada por el doctor Cancino Gamboa, en la que manifestó encontrarse en el Servicio de Intermedios Pediátricos, y se le llama para asistir a paciente del sexo femenino de 27 años de edad, encarnada en el servicio de intermedios adultos, a la que se le había efectuado salpingoclasia bilateral bajo bloqueo peridural y a la que encuentro en apnea, sin frecuencia cardíaca, presión positiva intermitente con bolsa autoinflable, oxígeno a cinco litros por minuto con reservorio y mascarilla y aplicación de adrenalina, con lo que se restablece automatismo cardíaco (FC 90 x'), no observando automatismo respiratorio y midriasis por lo que procedemos a efectuar intubación endotraqueal y ventilación mecánica, hasta ser relevados por médico encargado del servicio de medicina interna.

— La valoración por el servicio de medicina interna de las 13:40 horas del 3 de mayo de 1997, elaborada por el doctor Gabriel Gómez Montes MB MI, en la que refiere que

[...] enterados del caso, se trata de mujer de 27 años de edad, para quien nos llaman, la encuentro hospitalizada en cuidados intermedios; al parecer se le realizó OTB con bloqueo peridural, ya que en su cama presentó paro ventilatorio el cual fue atendido en forma inmediata, intubándose y proporcionándole ventilación mecánica. A la exploración física: "muy malas condiciones generales, impresión diagnóstico: probable cefalización de bloqueo peridural. Postoperada de OTB. Pronóstico: por el momento es muy temprano para establecerlo, esperamos 24 a 48 horas más para hablar de secuelas posthipoxia".

— La nota de evolución de medicina interna de las 09:40 horas del 4 de mayo de 1997, elaborada por el doctor Gabriel Gómez Montes MB MI, en la que refiere que

[...] el primer día de estancia en el servicio, mismos problemas más probable descerebración. Continúa hipotensa, pese al apoyo inotrópico y paso de soluciones. Hipotensa, sin automatismo ventilatorio. Las pupilas midriáticas, reflejos de estiramiento muscular abolidos. Reflejos oculógiros posterior a irrigación con agua helada sin respuesta. Comentario: por los datos anteriores de falta de respuesta de tallo, consideramos que la paciente cursa ya con daño cerebral importante e irreversible, faltaría contar únicamente con electroencefalograma para completar los criterios de Harvard de muerte cerebral. Continuamos apoyo inotrópico; agrego ampicilina por la presencia de sonda de Foley e intubación prolongada. El pronóstico de la paciente obviamente es pésimo. Por su estado general y la necesidad de apoyo ventilatorio mecánico no es posible su traslado.

— La nota de evolución de medicina interna de las 08:35 horas del 5 de mayo de 1997, elaborada por el doctor Gabriel Gómez Montes MB MI, en la que indica que "la paciente continúa laquicárdica, hipotérmica, la TA permanece más estable, sin automatismo ventilatorio, sigue sin respuesta a los nociceptivos, pupilas mióticas, reflejos de estiramiento muscular y pruebas vestibulares abolidas. Herida quirúrgica en buen estado. Amerita electrolitos séricos y urinarios, pero no contamos en nuestro medio. No hay Rx portátil por ahora. Se descarta la presencia de diabetes insípida. Pronóstico: pésimo".

— La nota de evolución de las 05:20 horas del 7 de mayo de 1997, elaborada por el doctor Palacios Jiménez, en la que refiere el diagnóstico de:

[...] descerebración, sin automatismo ventilatorio, con la frecuencia cardiaca de 30 x', por reporte de enfermería con arritmias severas, con TA de 60/30. Al momento de la exploración, la paciente presenta paro cardiaco, el cual es revertido únicamente con un ámpula de adrenalina, estabilizando la frecuencia cardiaca 90 x', sin respuesta a estímulos externos profundos, no respuesta al dolor, edema escleral, dilatación pupilar 3-4 cm. Se efectúa nueva reanimación cardiopulmonar manteniendo vías aéreas, cerciorándose de la ventilación pulmonar adecuada, masaje cardiaco con pobre respuesta, se administra un ámpula de adrenalina logrando Fc de 20 x' con tendencia a disminuir hasta causar la muerte.

— El certificado de defunción elaborado el 7 de mayo de 1997, suscrito por el doctor Carlos Luis Palacios Jiménez, en el que señala que la causa de muerte es "SIRPA, 24 horas. Neumonía, 24 horas. Descerebración, tres días".

— La hoja de anestesia, elaborada por el doctor "Antonio", en la que refiere "valoración de recuperación de anestesia, al salir de quirófano 8". No existen valoraciones de la sala de recuperación.

— El informe del 8 de diciembre de 1997, efectuado por el doctor Jorge Luis Zepeda Aguilar, Director del Hospital General "Dr. Juan C. Corzo", dependiente de los Servicios Coordinados de Salud Pública de la Secretaría de Salud en el Estado de Chiapas, quien en relación con los hechos informó que la paciente fue la cuarta en intervenir quirúrgicamente, "sin complicación transoperatoria, siendo trasladada al Servicio de Terapia Intermedia por carecer de camas vacías en el Área de Ginecoobstetricia presentando a su llegada al área de hospitalización depresión respiratoria hasta llegar al paro, siendo intubada en forma inmediata y atendida por el médico internista responsable del área de terapia intermedia quien vigiló a la paciente durante cuatro días consecutivos siendo su evolución tórpida hasta llegar al paro cardíaco por disautonomía...

— El informe rendido por el doctor Gabriel Gómez Montes, del que se extrae lo siguiente: "por la forma de instalación, no sabemos el tiempo exacto transcurrido; la paciente presentó cefalación del bloqueo peridural, esta es una complicación poco usual, quizás menos de un caso por 10,000, en que existe bloqueo de los músculos intercostales y frénicos que ocasionan paro ventilatorio por parálisis; el manejo consiste principalmente en evitar la hipoxia cerebral mediante intubación inmediata y permitir que desaparezca el efecto del anestésico.

iii) El 29 de abril de 1998, la Coordinación de Servicios Periciales de esta Comisión Nacional de Derechos Humanos emitió el dictamen médico de mérito, en el que se arribó a las siguientes observaciones y conclusiones:

Resulta evidente que la muerte de la paciente fue derivada de la deficiente atención médica proporcionada tanto por el cirujano como por el anestesiólogo durante el postoperatorio, ya que como se observa en las notas médicas, la nota postanestésica fue realizada a las 11:35 horas del día 3 de mayo de 1997, y es hasta las 13:00 horas del mismo día en que se efectúa la siguiente nota, por el médico internista momento en que la paciente se encuentra en paro cardiorrespiratorio, o sea, que la paciente prácticamente fue abandonada en el servicio de terapia intermedia sin que se monitorizara la recuperación anestésico. Lo que se corrobora por el hecho de que las notas médicas posteriores al paro no están firmadas por ninguno de estos médicos, y se menciona en el

informe del doctor Jorge Luis Zepeda Aguilar que la paciente fue atendida por el médico internista responsable del área de terapia intermedia, quien vigiló a la paciente durante cuatro días consecutivos, a pesar de que el diagnóstico probable establecido fue el de cefalización de bloqueo peridural.

En este sentido, resulta conveniente hacer las siguientes observaciones:

La administración de drogas anestésicas para producir insensibilidad, inconciencia y/o relajamiento muscular, resulta en un envenenamiento funcional de las células del cuerpo.

Este resultado, usualmente requiere una vigilancia continua operación y hasta que el paciente un nivel de conciencia satisfactorio y los signos vitales sean normales y estables.

La duración del efecto de estas drogas y las alteraciones fisiológicas en el sistema nervioso, cardiovascular, respiratorio y neuromuscular variará dependiendo de la dosis, duración de la operación, metabolismo, eliminación y la técnica utilizada.

Surge así la necesidad de mantener la vigilancia continuada y cuidadosa del paciente, luego de terminada la operación o procedimiento que requiera anestesia.

La sala de recuperación postanestésica es parte integral del cuidado del paciente que requiere drogas anestésicas para un procedimiento quirúrgico en cualquier hospital moderno.

Debe estar localizada próxima a la sala de operaciones, y será necesario disponer de suficientes enfermeras y ayudantes por paciente, debidamente entrenados, quienes serán dirigidos y supervisados por el anestesiólogo o, en su ausencia, por el cirujano.

Al transferir al paciente de la sala de operaciones a la sala de recuperación, este debe ser acompañado por el anestesiólogo, la enfermera anestesista y/o el cirujano.

Es aconsejable utilizar un sistema de puntuación de recuperación como el propuesto por Aldrete y que provea información sobre el progreso de la recuperación del paciente desde su llegada a la sala de recuperación hasta que esté listo para ser dado de alta o transferido a la unidad de cuidados intensivos.

Los objetivos de la puntuación de Aldrete son:

a) Proveer información objetiva acerca de la condición del paciente cuando éste se admita a la sala de recuperación.

- b) Proveer unas pautas para evaluar el progreso del paciente después de la anestesia.
- c) Establecer unos criterios para dar de alta a un paciente de la sala de recuperación. La puntuación óptima es de 10.

La primera puntuación indica la evaluación de admisión. Las puntuaciones siguientes indican evaluaciones cada 15 minutos hasta una hora, hora y media y dos horas.

La responsabilidad para dar de alta es del anestesiólogo o su designado.

El paciente no debe ser dado de alta hasta que esté alerta, orientado y sus signos vitales estables.

La enfermera principal a cargo del paciente debe recibir un informe completo de la condición del paciente al ser llevado a su habitación.

Por lo anterior, y de acuerdo con las notas médicas, se desprende que:

- 1) La paciente no fue llevada a la sala de recuperación.
- 2) Se infiere que la paciente fue dada de alta por el anestesiólogo sin estar alerta.
- 3) No se efectuó un informe completo, por parte del anestesiólogo, de las condiciones de la paciente al ser llevada a la unidad de cuidados intermedios.
- 4) No se encuentra explicación del porqué la paciente fue llevada a la unidad de cuidados intermedios, ya que la única indicación para ello es la presencia de alguna complicación, ya sea durante el periodo transanestésico o en el postanestésico.
- 5) Sólo se efectuó una evaluación con la puntuación de Aldrete, a pesar de que la puntuación indicaba que no se había recuperado completamente el estado de alerta.

Todo lo anterior propició que no se efectuara el diagnóstico oportuno de la causa que originó el paro cardiorrespiratorio; sobre este punto, es importante mencionar que el paro cardíaco por anestesia peridural es excepcional y generalmente ocurre en pacientes en malas condiciones, por descuido del anestesiólogo, como consecuencia de una peridura] masiva y por intoxicación anestésico, cuando no se toman las medidas adecuadas para tratar esos accidentes antes mencionados. En el caso de la subdural masiva, el paro cardíaco no es por inhibición medular, más bien es por hipoxia del centro bulbar provocado por la estasis y la hipoxemia como consecuencia de la parálisis vascular (paro cardíaco) y respiratoria no tratadas correctamente.

El paro cardíaco es, sin lugar a dudas, la más seria de las complicaciones a las que se enfrenta el anestesiólogo. Es la suspensión de toda actividad cardíaca eficaz; clínicamente no se palpa pulso periférico, no se registra presión arterial, no hay ruidos cardíacos a la auscultación, aparece apnea (falta de respiración), cianosis y dilatación pupilar.

Los factores causales son variados, pero se pueden sistematizar en dos grandes grupos:

1) Relacionados con anestesia/cirugía; 2) relacionados con patología: a) cardíaca, o b) general.

Dentro del primer grupo, están las dosis excesivas de agentes anestésicos o coadyuvantes que deprimen el funcionamiento cardíaco y el respiratorio, mediados por hipoxia o hipovolemia.

En el grupo 2. a, se incluyen enfermedades del miocardio, obstrucción circulatoria y defectos de conducción. En el 2.b, trastornos electrolíticos, drogas, reflejos vagos y anafilaxia.

El manejo del paro cardíaco en el postanestésico consiste primeramente en intubar al paciente y conectarlo a un ventilador lo más rápido que sea posible; mientras el anesthesiólogo intuba, un ayudante estará dando masaje externo, mientras que la enfermera acercará el electrocardiógrafo, tomará los signos vitales.

Si la respuesta es satisfactoria y el paciente sale del paro, éste deberá ser vigilado estrechamente en terapia intensiva con toma de gases sanguíneos, electrolitos, electrocardiograma y ventilación controlada mecánica.

El pronóstico está supeditado a: 1) la causa que ocasionó el paro; 2) el estado general del paciente; 3) la rapidez con la que se haya recuperado del paro y no existan evidencias clínicas de daño cerebral y/o renal:

De acuerdo con lo anterior, así como con la deficiente vigilancia de la paciente en el postoperatorio, así como a las condiciones de la paciente al recuperarse del paro cardíaco, se infiere que éste tuvo una duración de más de cinco minutos (hecho que no está consignado en el expediente y que sirve, como ya se mencionó, para establecer el pronóstico), ya que al fallar el corazón y la circulación y/o los pulmones y la respiración, se produce una encefalopatía hipóxica o anóxica (falta o disminución de oxígeno a nivel cerebral), la cual en grados moderados sólo inducen incoordinación motora, alteraciones del juicio e inactividad; con una hipoxia más severa como ocurre en el paro cardíaco, la conciencia se pierde en segundos, pero si la oxigenación, el estado respiratorio y la función cardíaca son recuperados de tres a cinco minutos, la recuperación será completa; si la anoxia persiste más allá de este tiempo, serios y permanentes cambios se causan al cerebro, manifestados por un estado completo de inconsciencia con abolición de los reflejos cerebrales, con alteraciones estructurales como hemorragias, edema o necrosis, eventos que conducen a la muerte cerebral, y clínicamente la respiración sólo puede ser sostenida por la aplicación de medios artificiales (ventilación mecánica), el corazón y la presión sanguínea continúan funcionando, eventos que presentó la paciente.

Por lo anterior, era importante vigilar a la paciente, con la formalidad de evidenciar oportunamente signos clínicos de hemorragia o hipoxia y así evitar que cayera en paro cardiorrespiratorio, con las consecuencias mencionadas.

Si bien es cierto que los signos clínicos de hipoxia, como cianosis, y taquicardia no son contables por ser tardíos o inespecíficos, es necesario, con frecuencia, obtener estudios de gases arteriales que permitan una evaluación y corregir la hipoxia a tiempo. Solamente así podremos evitar los efectos y complicaciones postoperatorias al paciente. La presencia de hipoxenúa en la sala de recuperación postanestésica es muy importante y debe evitarse. En este caso, se deduce que la causa del paro cardíaco fue un estado de hipoxia (sin poderse determinar su origen), ya que las cifras de hemoglobina no se modificaron para pensar en un problema hemorrágico.

La falta de observación médica de la paciente no permitió evitar la presencia de estos eventos, ni tampoco se menciona después de la recuperación del paro cardíaco que a la paciente se le hayan tomado electrolitos y gases sanguíneos, mencionando en la nota médica del día 5 de mayo de 1997, a las 08:35 horas, que amerita electrolitos séricos y urinarios, "pero no contamos en nuestro medio", a pesar de ser un hospital de segundo nivel y de contar con servicio de terapia intermedia, hecho que contraviene lo previsto en el artículo 26, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, que a la letra dice:

"Los establecimientos que presten servicios de atención médica contarán para ello con los recursos físicos, tecnológicos y humanos que señale este reglamento y las normas técnicas que al efecto emita la Secretaría".

Lo anterior, entorpeció el estudio clínico de la paciente ya que no permitió conocer exactamente su evolución.

Las deficiencias médicas mencionadas influyeron directamente en la muerte de la paciente, ya que ésta fue derivada de una falta de observación de su evolución postoperatoria por parte de los médicos que participaron en la intervención quirúrgica, condicionando la falta de oportunidad en el diagnóstico y tratamiento de la causa o causas que originaron el paro cardiorrespiratorio, del cual se derivaron las alteraciones en su estado de conciencia y en sus constantes fisiológicas, llevándola a la muerte.

En relación con el diagnóstico probable emitido por los médicos de "cefalización del bloqueo peridural", que se traduciría como peridural o subdural masiva, es un accidente grave que ocurre por sobredosis del anestésico local, en forma absoluta o relativa. 1, a sobredosis relativa ocurre cuando el volumen anestésico y la cantidad total de la droga no son excesivas, pero otros factores conocidos como posición de la paciente, velocidad de inyección, un esfuerzo y algunos factores desconocidos, causan una extensión impredecible en la altura de la peridural. Uno o más de los siguientes signos pueden presentarse: pérdida de la conciencia, colapso respiratorio, colapso cardiovascular y paro cardíaco. El tratamiento es de acuerdo con el cuadro presente.

Los procesos expansivos en el espacio peridural torácico y lumbar, por lo estrecho, producen serios déficits neurológicos de tipo compresivo.

En caso de punción accidental advertida o inadvertida de la duramadre y si se inyecta el anestésico local en el espacio peridural, puede producirse un cuadro de anestesia subdural masiva, con el subsecuente paro cardiorespiratorio.

Sin embargo, este tipo de eventos, se presentan como complicaciones durante la anestesia, hecho que se supone no ocurrió en el presente caso, ya que no se mencionan durante la cirugía, sin embargo, por el diagnóstico probable emitido y los signos clínicos descritos en el expediente clínico y en los informes (paro ventilatorio, depresión respiratoria) nos hace pensar en que efectivamente sucedió dicha complicación (subdural o peridural masiva), lo que justificaría el porqué la paciente fue llevada al servicio de terapia intermedia y no a la sala de recuperación, y por lo tanto, tiene muy altas probabilidades de haber sucedido, lo que pondría en evidencia la alteración en las notas de anestesiología, además de que el paro cardiorrespiratorio es un evento que no se menciona en el postanestésico de una anestesia epidural o peridural

En caso contrario, como ya se mencionó anteriormente, si el evento efectivamente sucedió durante el periodo postanestésico, seguramente fue secundario a un problema hipóxico, del cual se desconoce su origen, pero que pudo haberse tratado con la adecuada vigilancia de la paciente durante el postoperatorio.

Independientemente del momento en que se haya presentado el paro cardiorrespiratorio, o de la causa que lo haya originado, se establece que existió actitud negligente por parte del anestesiólogo que participó en la cirugía, ya sea al no percatarse oportunamente de la complicación durante el transanestésico, o al no vigilar estrechamente a la paciente en el postanestésico impidiendo detectar y tratar oportunamente el cuadro clínico que la llevó al paro cardiorrespiratorio, condicionando un estado hipóxico severo y persistente, el cual, a pesar de las maniobras de reanimación y del tratamiento instituido posteriormente, ya había causado daños irreversibles a nivel cerebral.

En otro orden de ideas, se observó que el médico que realizó el llenado del certificado de defunción estableció como causas de la misma síndrome de insuficiencia respiratoria del adulto y neumonía, padecimientos que no están fundamentados en el expediente clínico, lo que pone en evidencia que no leyó el expediente, y denota una actitud negligente por parte del citado galeno, ya que en ningún momento se efectuaron o se descartaron dichos diagnósticos en el expediente.

Es importante hacer notar que los médicos del Hospital Regional de [la Ciudad del Tonalá, Chiapas, de la Secretaría de Salud, desconocen la Norma Técnica Número 52, para la elaboración, integración y uso del expediente clínico, ya que el cirujano no escribió su nombre en las notas que realizó, no se encuentran descritos los signos vitales del paciente en varias notas médicas, además de que se usan abreviaturas.

Con base en lo anterior, se llegó a las siguientes conclusiones:

PRIMERA. Existió negligencia, por parte del anestesiólogo, doctor Filemón Antonio Reyes, que participó en la intervención quirúrgica (salpingoclasia), efectuada a la señora Anita Mocuel Velázquez, el día 3 de mayo de 1997, por:

a) No efectuar valoraciones subsecuentes a la paciente, para verificar si estaba en condiciones de ser trasladada a la sala de terapia intermedia.

No efectuar un informe de las condiciones de la paciente para ser trasladada a dicha sala.

c) Por lo anterior, se desprende que no efectuó un seguimiento de la paciente hasta su recuperación total, ni tampoco previó la presencia de complicaciones en el postanestésico.

d) No valoró a la paciente en ningún momento durante su estancia en la sala de terapia intermedia, a pesar de que se diagnosticó una probable cefalización del bloqueo peridural referida en la nota preanestésica del 3 de mayo de 1997.

SEGUNDA. Existió *negligencia* por parte del cirujano, doctor José de Jesús López Carrasco, que efectuó la operación el día 3 de mayo de 1997, por:

a) No efectuar la vigilancia estrecha de la paciente en el postoperatorio.

b) No haber valorado a la paciente durante los días que estuvo internada en el servicio de terapia intermedia, para descartar algún problema derivado de la intervención quirúrgica.

TERCERA. La muerte de la paciente fue secundaria a muerte cerebral, originada por encefalopatía hipóxico-isquémica severa, derivada de un paro cardiorrespiratorio.

CUARTA. No es posible establecer la causa que originó el paro cardiorrespiratorio, por la falta de descripción del cuadro clínico previo, mediante una nota médica.

QUINTA. Lo anterior, fue derivado de la falta de vigilancia estrecha de la paciente por parte de los médicos que participaron en la intervención quirúrgica.

SEXTA. De lo que se derivó la falta de oportunidad en el diagnóstico y el tratamiento del evento, estableciéndose una relación causa-efecto entre las deficiencias médicas y la muerte de la paciente.

SÉPTIMA. De acuerdo con el diagnóstico probable, emitido por los médicos del citado hospital, de "cefalización de bloqueo peridural", de haberse presentado, tuvo que ser durante el periodo transanestésico, lo que justificaría que la paciente haya sido trasladada a la sala de terapia intermedia y no a la sala de recuperación.

OCTAVA. Por lo anterior, existen muy altas probabilidades de que el cuadro clínico de la paciente haya sido derivado de una punción inadvertida de la duramadre, ocasionándose una subdural masiva durante la intervención quirúrgica, con el subsecuente paro cardiorrespiratorio, durante la misma.

NOVENA. De lo que se infiere la probabilidad de que las notas de anestesiología hayan sido alteradas, tratando de ocultar la complicación durante el transanestésico.

DÉCIMA. A pesar de lo anterior, cualquiera que haya sido la causa que originó el paro cardiorrespiratorio y el momento en que haya ocurrido, se desprende una actitud negligente por parte del anestesiólogo por las deficiencias antes descritas.

DECIMOPRIMERA. Existió *responsabilidad administrativa* por parte de los directivos del Hospital General "Dr. Juan C. Corzo", de Tonalá, Chiapas, por no contar con los recursos técnicos para la adecuada atención de los pacientes, ya que al no tener los recursos para efectuar determinaciones de gases y electrolitos, no fue posible conocer el estado real de las condiciones de la paciente.

DECIMOSEGUNDA. Existió *negligencia* por parte del doctor Carlos Luis Palacios Jiménez que realizó el certificado de defunción, al emitir diagnósticos sin fundamentos mediante el expediente clínico.

II. EVIDENCIAS

En este caso las constituyen:

1. El escrito de queja presentado por el señor Santiago López Trinidad, ante la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Chiapas, y que por razones de competencia fue remitido a esta Comisión Nacional de Derechos Humanos, la cual lo recibió el 7 de noviembre de 1997.
2. El oficio 39231, del 27 de noviembre de 1997, mediante el cual esta Comisión Nacional solicitó al licenciado Marco Antonio de Stefano Sahagún, Director General de Asuntos Jurídicos de la Secretaría de Salud, un informe detallado sobre los hechos que dieron origen al expediente de queja, así como copia del expediente clínico de la señora Anita Moguel Velázquez.
3. El oficio 5003/11984, del 12 de diciembre de 1997, suscrito por el doctor José Alberto Cancino Gamboa, Secretario de Salud del Estado de Chiapas, por el que se dio respuesta al requerimiento formulado por este Organismo Nacional.
4. La copia del expediente clínico de la señora Anita Moguel Velázquez, remitido por la Secretaría de Salud del Estado de Chiapas, por medio del oficio señalado anteriormente.
5. El dictamen médico del 29 de abril de 1998, emitido por la Coordinación de Servicios Periciales de la Comisión Nacional de Derechos Humanos.

III- SITUACIÓN JURÍDICA

De las evidencias, así como de las conclusiones a las que arribó la Coordinación de Servicios Periciales de esta Comisión Nacional de Derechos Humanos, se desprendió que existió negligencia médica en perjuicio de la señora Anita Moguel Velázquez, ocasionada por parte de los doctores Filemón Antonio Reyes y José de Jesús López Carrasco, anesthesiólogo y cirujano del Hospital General "Dr. Juan C. Corzo", ubicado en Tonalá, Chiapas, toda vez que la paciente fue abandonada en el servicio de terapia intermedia sin que se monitorizara la recuperación anestésico, de lo que derivó la falta de oportunidad en

el diagnóstico y el tratamiento, estableciéndose una relación causa-efecto entre las deficiencias médicas y la muerte de la agraviada.

IV. OBSERVACIONES

De los elementos de convicción que se allegó este Organismo Nacional con motivo de la queja presentada por el señor Santiago López Trinidad, se corroboró que efectivamente se incurrió en violaciones a los Derechos Humanos, cometidas en agravio de la señora Anita Moguel Velázquez, por la prestación indebida del servicio público de salud por parte de personal médico del Hospital General "Dr. Juan C. Corzo", ubicado en Tonalá, Chiapas.

Se corroboró que la señora Anita Moguel Velázquez, agraviada en el presente asunto, asistió al nosocomio de referencia, con la finalidad de que se le practicara un procedimiento quirúrgico denominado salpingoclasia. Dicha cirugía se realizó el 3 de mayo de 1997, aproximadamente a las 08:20 horas, en la que intervino como anestesiólogo el doctor Filemón Antonio Reyes y como cirujano el médico José de Jesús López Carrasco.

Conforme a la literatura médica, este tipo de procedimientos tiene como objetivo la esterilización de la paciente, a fin de evitar, en definitiva, la procreación de hijos, y por lo regular no presenta complicaciones, por lo que la recuperación de la persona se realiza en términos normales.

En el presente caso, y conforme al dictamen emitido por la Coordinación de Servicios Periciales de la Comisión Nacional de Derechos Humanos, se apreciaron irregularidades en el procedimiento anestésico y postanestésico de la agraviada quien fue turnada a la sala de terapia intermedia, en lugar de haber sido transferida a la sala de recuperación.

En este sentido, la negligencia que se observó en el presente caso versa exclusivamente respecto del periodo anestésico y postanestésico, en los que se evidenciaron irregularidades que incidieron en el fallecimiento de la señora Anita Moguel Velázquez.

Por cuestión de método, se exponen en primer lugar las irregularidades detectadas en el periodo anestésico, para arribar a las deficiencias apreciadas en la etapa postanestésica.

En lo que se refiere al periodo anestésico, se apreció que a la paciente se le practicó anestesia peridural tipo L2-L3. En opinión de la Coordinación de Servicios Periciales de este Organismo Nacional, en este tipo de anestesia el paro cardíaco se presenta de manera excepcional, y cuando se suscita, generalmente obedece por descuido del anestesiólogo.

En esta tesitura, la Coordinación de Servicios Periciales de este Organismo Nacional colige una probable sobredosis del anestésico local, presuntamente derivada de una punción inadvertida de la duramadre, ocasionando una subdural masiva por intoxicación anestésico, con el consecuente paro respiratorio durante el periodo transanestésico o postanestésico, lo que justificarla precisamente que la agraviada hubiere sido trasladada a la sala de cuidados intensivos, y no a la de recuperación. Lo anterior se infirió de las notas

médicas de las 13:40 horas del 3 de mayo de 1997, y la de las 09:40 horas del día siguiente, elaboradas por el doctor Gabriel Gómez Montes, en las que se establece el diagnóstico probable de "cefalización de bloqueo peridural".

Del periodo postanestésico se precisó que se incumplió con un deber de cuidado por parte de ambos médicos, al dejarse en estado de abandono a la paciente en el servicio de terapia intermedia, sin que se monitorizara la recuperación anestésico, tomándose en consideración sobre este particular, la nota médica del 3 de mayo de 1997, realizada a las 11:35 horas, y la siguiente hasta las 13:00 horas del mismo día, lapso en el que la agraviada sufrió paro cardiorrespiratorio, resultando que las notas médicas posteriores al paro no están firmadas por ningún médico.

Cabe destacar que en el lapso de abandono, es decir, de las 11:35 horas a las 13:00 horas de ese día, se requería practicar por lo menos cada 15 minutos la técnica de valoración postoperatoria conocida como Aldrete, para determinar el grado de envenenamiento funcional de las células del cuerpo por drogas anestésicas; sin que éste se hubiere realizado con la frecuencia deseada, no obstante que en la única prueba de este tipo que se efectuó a la paciente al final de la operación la puntuación fue de 8, siendo que el nivel óptimo es de 10.

Esta valoración era indispensable para analizar el estado de inconsciencia de la paciente, respuesta a estímulos o reacción al dolor, a fin de obtener información que, en su conjunto, mostrara el nivel de recuperación de la misma. Sin embargo, como se asentó, dicha prueba se efectuó una sola vez, no obstante que se encontraba en una sala de terapia intermedia, y no de recuperación, sin mostrar un significativo avance en su estado de alerta.

En síntesis, la falta de observación médica de la paciente durante el postoperatorio no permitió evitar el paro cardíaco registrado, que por sus antecedentes obedeció a factores relacionados con anestesia-cirugía, evento que, incluso, no fue manejado debidamente una vez que sobrevino el restablecimiento de la agraviada, situación en la que se requería de cuidados intensivos y estrecha vigilancia, con toma de gases sanguíneos, electrolitos, electrocardiograma y ventilación mecánica controlada, destacándose que en la citada clínica no se contaba con los elementos necesarios para las muestras sanguíneas y de electrolitos precisadas, como se establece en la nota médica de las 08:35 horas del 5 de mayo de 1997, en la que se indica que la paciente "amerita electrolitos séricos y urinarios, pero no contamos en nuestro medio", circunstancia que es inaceptable en un hospital de segundo nivel como lo es el centro de salud donde fue intervenida la agraviada, incumpléndose con lo previsto en el artículo 26 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, que a la letra establece: "Artículo 26. Los establecimientos que presten servicios de atención médica contarán para ello con los recursos físicos, tecnológicos y humanos que señale este reglamento y las normas técnicas que al efecto emita la Secretaría".

En tal virtud, y sobre el particular, se actualiza la responsabilidad a cargo de la dependencia de salud correspondiente.

En este orden de ideas, y conforme al dictamen citado, el fallecimiento de la paciente fue secundario a muerte cerebral, originado por encefalopatía hipóxico-isquémica severa, derivada de un paro cardiorrespiratorio, como se establece en la tercera conclusión específica del dictamen médico del 29 de abril de 1998, elaborado por la Coordinación de Servicios Periciales de esta Comisión Nacional de Derechos Humanos, por lo que es evidente que no existe coincidencia con la causal establecida en el certificado de defunción elaborado por el doctor Carlos Luis Palacios Jiménez, quien emitió esa constancia oficial sin apego al expediente clínico de la paciente, y asentado como causa de la muerte "SIRPA 24 horas, neumonía 24.

Descerebración tres días", conducta con la que muy probablemente se pretendía cubrir la situación existente.

Finalmente, es menester precisar que se observó ausencia de notas médicas y falta de información relacionada lógica y médicamente con los presentes hechos, incumpléndose la norma técnica 52 para la elaboración, integración y uso del expediente clínico; ya que el cirujano no escribió su nombre en las notas que elaboró, no se encuentran descritos los signos vitales del paciente y hubo uso indiscriminado de abreviaturas.

Por todo lo anterior, se concluye que en el presente asunto se violó, en perjuicio de la agraviada, el derecho a la salud tutelado por el artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Por ello, en concepto de este Organismo Nacional, es oportuno iniciar un procedimiento administrativo de investigación a los doctores Filemón Antonio Reyes, José de Jesús López Carrasco y Carlos Luis Palacios Jiménez, y que se les impongan las sanciones a que haya lugar, sin perjuicio de hacer del conocimiento de la Representación Social del Estado de Chiapas los presentes hechos, para los efectos de su competencia, por haber incumplido con los principios de eficiencia y diligencia que deben ser observados en el servicio público previstos en el artículo 45, fracción 1, de la Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Chiapas, que literalmente señala:

Artículo 45. Para salvaguardar la legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia que deban ser observadas en el servicio público, independientemente de las obligaciones específicas que correspondan al empleo, cargo o comisión, todo servidor público sin perjuicio de sus derechos laborales, tendrá las siguientes obligaciones de carácter general:

1. Cumplir con diligencia, el servicio que le sea encomendado.

Asimismo, el citado personal médico incurrió en responsabilidad profesional, en virtud de que su impericia y negligencia provocó que el estado de salud de la paciente se agravara hasta causarle la muerte, de lo que existen evidencias suficientes para presumir que las conductas omisivas son típicas de un delito en el ejercicio de su profesión, hechos que deberán ser investigados por la autoridad competente, de conformidad con lo establecido en el artículo 293 del Código Pena] para el Estado Libre y Soberano de Chiapas, que en lo conducente establece:

Artículo 293. Los médicos, cirujanos y demás profesionistas y auxiliares incurren en responsabilidad penal por los daños que causen en la práctica de su profesión, en los términos siguientes:

I. Además de las sanciones fijadas para los delitos que resulten consumados, según sean intencionales, imprudenciales o preterintencionales, se les aplicará suspensión de un mes a tres años en el ejercicio de la profesión o definitiva en caso de reincidencia y gravedad de la misma; y

II. Estarán obligados a la reparación del daño por sus actos propios y por los de sus ayudantes, enfermeros o practicantes, cuando éstos obren de acuerdo con las instrucciones de aquéllos.

De igual forma, en la Ley General de Salud se contempla la responsabilidad de los servidores públicos y profesionales encargados de la prestación de servicios médicos y, en su caso, la tipificación de los delitos derivados de la responsabilidad profesional, al expresar textualmente:

Artículo 416. Las violaciones a los preceptos de esta Ley, sus reglamentos y demás disposiciones que emanen de ella, serán sancionadas administrativamente por las autoridades sanitarias, sin perjuicio de las penas que correspondan cuando sean constitutivas de delitos.

Artículo 470. Siempre que en la comisión de cualquiera de los delitos previstos en este capítulo participe un servidor público que preste sus servicios en establecimientos de salud de cualquier dependencia o entidad pública y actúe en ejercicio o con motivo de sus funciones, además de las penas a que se haga acreedor por dicha comisión y sin perjuicio de lo dispuesto en otras leyes, se le destituirá del cargo, empleo o comisión y se le inhabilitará para ocupar otro similar hasta por un tanto igual a la pena de prisión impuesta, a juicio de la autoridad judicial.

En caso de reincidencia la inhabilitación podrá ser definitiva.

Así las cosas, este Organismo Nacional considera que servidores públicos adscritos al Hospital General "Dr. Juan C. Corzo", de Tonalá, Chiapas, dependiente de la Secretaría de Salud, que participaron en los sucesos de mérito, ocasionaron un daño a la familia de la paciente, por lo que resulta factible la reparación del daño, de acuerdo con lo establecido por los artículos 1891 y 1904, del Código Civil para el Estado de Chiapas, que disponen:

Artículo 1891. La reparación del daño debe consistir en el restablecimiento de la situación anterior a él, y cuando ello sea imposible, en el pago de daños y perjuicios.

Artículo 1904. El Estado tiene la obligación de responder de los daños causados por sus funcionarios en el ejercicio de las funciones que les estén encomendadas. Esta responsabilidad es subsidiaria y sólo podrá hacerse efectiva contra el Estado cuando el

funcionario directamente responsable no tenga bienes o los que tenga no sean suficientes para responder del daño causado.

También es necesario señalar lo que dice el artículo 44, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de Derechos Humanos:

Artículo 44. [...]

En el proyecto de Recomendación se señalarán las medidas que procedan para la efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales, y si procede, en su caso, para la reparación de los daños y perjuicios que se hubiesen ocasionado.

Cabe hacer hincapié en el hecho de que este Organismo Nacional no se pronuncia respecto de la cuantificación de la reparación del daño, pero sí concluye, con base en la información que se allegó, que dado que existió negligencia e impericia en el tratamiento de la paciente, mismo que provocó un hecho irreversible, la muerte de la agraviada, esta reparación debe realizarse.

La deficiente atención médica que se le brindó a la señora que en vida llevó el nombre de Anita Moguel Velázquez, es violatoria de los preceptos jurídicos que a continuación se transcriben y que en su parte conducente establecen:

— De las declaraciones y tratados internacionales de Derechos Humanos ratificados por México:

— Del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales:

Artículo 12. 1. Los Estados partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados partes en el Pacto a **Fin** de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:

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

— De la Ley General de Salud:

Artículo 1. La presente Ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y concurrencia de la Federación y 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 2. El derecho a la protección de la salud tiene las siguientes finalidades:

I. El bienestar físico y mental del hombre, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades.

II. La prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana.

[...]

V. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población...

Artículo 5. El Sistema Nacional de Salud está constituido por las dependencias y entidades de la administración pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones, y tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud.

Artículo 6. El Sistema Nacional de Salud tiene los siguientes objetivos:

I. Proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en las acciones preventivas.

[...]

V. El disfrute de los servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población...

[...]

Artículo 23. Para los efectos de esta Ley se entiende por servicios de salud, todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad.

[...]

Artículo 32. Se entiende por atención médica el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud.

Artículo 33. Las actividades de atención médica son:

I. Preventivas, que incluyen las de promoción general y las de protección específica;

II. Curativas, que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar

tratamiento oportuno, y,

III. De rehabilitación, que incluyen acciones tendentes a corregir las invalideces físicas o mentales.

— Del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica:

Artículo 1. Este Reglamento es de aplicación en todo el territorio nacional y sus disposiciones son de orden público e interés social y tiene por objeto proveer, en la esfera administrativa, el cumplimiento de la Ley General de Salud, en lo que se refiere a la prestación de servicios de atención médica.

[...]

Artículo 7. Para efectos de este reglamento se entiende por:

I. Atención médica. El conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud;

II. Servicio de atención médica. El conjunto de recursos que intervienen sistemáticamente para la prevención y curación de las enfermedades que afectan a los individuos, así como de la rehabilitación de los mismos.

[...]

V. Usuario. Toda aquella persona que requiera y obtenga la prestación de servicios de atención médica.

[...]

Artículo 19. Corresponde a los responsables a que hace mención el artículo anterior, llevar a cabo las siguientes funciones:

I. Establecer y vigilar el desarrollo de procedimientos para asegurar la oportuna y eficiente prestación de los servicios que el establecimiento ofrezca, así como para el cabal cumplimiento de la ley y las demás disposiciones aplicables;

[...]

Artículo 52. Ante cualquier irregularidad en la prestación de servicios de atención médica, conforme a lo que establece la ley y el presente reglamento, toda persona podrá comunicarla a la Secretaría o las demás autoridades sanitarias competentes.

Esta Comisión Nacional concluye que existe violación a los derechos sociales de ejercicio individual, con relación a las violaciones al derecho a la protección de la salud y, específicamente el de negligencia médica, en agravio de la señora que en vida se llamara Anita Moguel Velázquez.

En consecuencia, la Comisión Nacional de Derechos Humanos se permite formular respetuosamente a usted, señor Gobernador, las siguientes:

IV. RECOMENDACIONES

PRIMERA. Se sirva enviar sus indicaciones a quien corresponda, para que se inicie un procedimiento administrativo de investigación en contra de los servidores públicos señalados en el capítulo Observaciones del presente documento, por la responsabilidad en que incurrieron, y, se les impongan las sanciones que conforme a Derecho procedan, sin perjuicio de hacer del conocimiento de la Representación Social del Estado los presentes hechos, para los efectos de su competencia.

SEGUNDA. Instruir a quien corresponda a fin de indemnizar a los familiares de quien en vida llevó el nombre de Anita Moguel Velázquez, que demuestren tener mejor derecho, con motivo de los hechos narrados en el cuerpo de esta Recomendación.

TERCERA. Se sirva enviar sus instrucciones a quien corresponda, a fin de que se dote al Hospital General "Dr. Juan C. Corzo", de Tonalá, Chiapas, con los recursos técnicos que se requieran para la adecuada atención de los pacientes que acudan al servicio.

CUARTA. Instruya a quien corresponda, a fin de que se inicie un procedimiento administrativo de investigación por la responsabilidad en que pudo haber incurrido el servidor público que expidió el certificado de defunción, de acuerdo con lo señalado en el presente documento, de quien en vida llevó el nombre de Anita Moguel Velázquez; y, de ser el caso, que se le sancione conforme a Derecho proceda.

La presente Recomendación, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, tiene el carácter de pública y se emite con el propósito fundamental tanto de hacer una declaración respecto de una conducta irregular por parte de servidores públicos en el ejercicio de las facultades que expresamente les confiere la ley, como de obtener la investigación que proceda por parte de las dependencias administrativas o cualesquiera otras autoridades competentes para que, dentro de sus atribuciones, apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad cometida.

Las Recomendaciones de la Comisión Nacional de Derechos Humanos no pretenden, en modo alguno, desacreditar a las instituciones ni constituyen una afrenta o agravio a las mismas o a sus titulares, por el contrario, deben ser concebidas como un instrumento indispensable en las sociedades democráticas y los Estados de Derecho para lograr su fortalecimiento a través de la legitimidad que con su cumplimiento adquieren autoridades y servidores públicos ante la sociedad. Dicha legitimidad se fortalecerá de manera progresiva cada vez que se logra que aquéllas y éstos sometan su actuación a la norma jurídica y a los criterios de justicia que conllevan el respeto a los Derechos Humanos.

De conformidad con el artículo 46, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de Derechos Humanos, solicito a usted que la respuesta sobre la aceptación de esta

Recomendación, en su caso, nos sea informada dentro del término de 15 días hábiles siguientes a esta notificación.

Igualmente, con el mismo fundamento jurídico, solicito a usted que, en su caso, las pruebas correspondientes al cumplimiento de la Recomendación se envíen a esta Comisión Nacional dentro de un término de 15 días hábiles siguientes a la fecha en que haya concluido el plazo para informar sobre la aceptación de la misma.

La falta de presentación de las pruebas dará lugar a que se interprete que la Recomendación no fue aceptada, por lo que la Comisión Nacional de Derechos Humanos quedará en libertad de hacer pública esta circunstancia.

Atentamente

El Presidente de la Comisión Nacional