



SÍNTESIS: El 10 de junio de 1998, este Organismo Nacional recibió el escrito de queja presentado por el señor UVM, mediante el cual denunció presuntas violaciones a los Derechos Humanos cometidas en agravio de él, de su esposa, señora DDD, y del recién nacido de apellidos VD, con motivo del aislamiento hospitalario de que fueron objeto por su condición de seropositivos, por parte de personal médico adscrito a la Jurisdicción Sanitaria y Hospital Regional de Uruapan, así como del Hospital Civil e Infantil de Morelia, Michoacán. Refirió que el 8 de junio del año mencionado los canalizaron al Hospital Civil de la citada ciudad y entidad federativa, practicándosele cesárea al día siguiente, naciendo un niño que pesó 3.150 kg; el quejoso agregó que sin darles aviso y sin su consentimiento trasladaron al menor al Hospital Infantil de Morelia, donde falleció. Al respecto, se inició la averiguación previa número 300/98/III en la Procuraduría General de Justicia del estado, en contra de quien resulte responsable por el delito de responsabilidad profesional y técnica, cometido en agravio del recién nacido de apellidos VD, misma que actualmente se encuentra en etapa de integración. Lo anterior dio origen al expediente 98/3393/1.

Del análisis de la documentación remitida, así como de la investigación realizada, este Organismo Nacional comprobó la existencia de diversas irregularidades, por lo que se concluye que se acreditaron actos violatorios a los Derechos Humanos de los agraviados, consistentes en la transgresión, por parte de los servidores públicos adscritos a la Jurisdicción Sanitaria y Hospital Regional de Uruapan, así como del Hospital Civil e Infantil de Morelia, Michoacán, de lo dispuesto en los artículos 4o., párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1o., 2o. y 7o., de la Declaración Universal de Derechos Humanos; 24 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos; 2.2 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; 3o., fracción VIII; 89; 90, fracciones I, III, y 95, de la Ley General de Salud; 26, 70, 73, 74 y 75, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica; 29, 30, 76 y 77, del Reglamento de la Ley General de Salud; 44, fracciones I y V, de la Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Michoacán; 1773 y 1786, del Código Civil para el Estado de Michoacán, y 5.4, inciso C, de la Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de la Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (NOM-010-SSA2-1993). Con base en lo señalado, esta Comisión Nacional concluye que existe violación a los derechos sociales de ejercicio individual, en relación con el derecho a la protección de la salud, y, específicamente, el de negligencia médica, y violación a los derechos de los seropositivos o enfermos de sida, tanto del menor VD y de su señora madre, DDD, por los servidores públicos de los centros de salud de Morelia, Michoacán. Además de violaciones a los derechos individuales relacionados con el derecho a la legalidad y seguridad jurídica, particularmente en un incumplimiento de la función pública en la procuración de justicia, por cuanto a los agraviados señalados y al señor UVM, por la deficiente intervención de los funcionarios de la Dirección de Servicios Periciales de la Procuraduría General de Justicia de la citada entidad federativa. Por ello, la Comisión Nacional emitió, el 30 de marzo de 1999, la Recomendación 19/99, dirigida al Gobernador del estado de Michoacán, para que se sirva enviar sus instrucciones a quien corresponda a fin de que remita formalmente a la Contraloría Interna de la Secretaría de Salud del estado el expediente de la señora DDD, a efecto de que se inicie un procedimiento administrativo de investigación al personal

médico que atendió a la citada paciente y a su recién nacido de apellidos VD, adscritos a la Jurisdicción Sanitaria y Hospital Regional de Uruapan, así como del Hospital Civil e Infantil de Morelia, Michoacán. Se instruya al titular de la Secretaría de Salud en el estado para que realice las acciones necesarias tendentes a proporcionar a las clínicas y hospitales de su adscripción los recursos humanos, financieros y materiales que se requieran para atender la infección por el VIH; poner en práctica las medidas de precaución universalmente aceptadas con objeto de evitar la transmisión de dicha infección a los pacientes que acudan a tratarse en los nosocomios de esa institución, y capacitar al personal para que esté en aptitud de proporcionar a los enfermos seropositivos una atención adecuada y humana. Que, respetando la autonomía técnica del Ministerio Público, se sirva instruir al Procurador General de Justicia del estado, a fin de que la averiguación previa número 330/98/III, iniciada el 11 de junio de 1998, en contra de quien resulte responsable por la comisión del delito de responsabilidad profesional y técnica, cometido en agravio del recién nacido de apellidos VD, se determine conforme a Derecho proceda. Igualmente, respetando la autonomía técnica del Ministerio Público, se sirva enviar sus apreciables instrucciones al Procurador General de Justicia para que haga del conocimiento a la Contraloría Interna de esa institución, a efecto de que se inicie un procedimiento administrativo de investigación a los peritos médicos que practicaron la necropsia al recién nacido de apellidos VD, por las consideraciones expuestas en el texto de la Recomendación, y, de ser el caso, se les sancione conforme proceda a Derecho. De conformidad con los artículos 1773 y 1876, del Código Civil para el Estado de Michoacán, se sirva instruir a quien corresponda a fin de que se indemnice a los familiares del menor fallecido VD que demuestren tener mejor derecho.

Recomendación 019/1999

México, D.F., 30 de marzo de 1999

Caso de la señora DDD y otros

Lic. Víctor Manuel Tinoco Rubí,

Gobernador del estado de Michoacán, Morelia, Mich.

Distinguido Gobernador:

La Comisión Nacional de Derechos Humanos, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1o.; 6o., fracciones II y III; 15, fracción VII; 24, fracción IV; 44; 46; 51, y 60, de la Ley de la Comisión Nacional de Derechos Humanos, y 156 de su Reglamento Interno, ha examinado los elementos contenidos en el expediente 98/3393/1, relacionados con el caso de la señora DDD1 [1] ,1 y vistos los siguientes:

I. HECHOS

A. El 10 de junio de 1998, este Organismo Nacional recibió el escrito de queja presentado por el señor UVM, mediante el cual denunció presuntas violaciones a Derechos Humanos cometidas en agravio de él, de su esposa, señora DDD, y del recién nacido de apellidos VD, con motivo del aislamiento hospitalario de que fueron objeto por su condición de seropositivos, por parte de personal médico adscrito a la Jurisdicción Sanitaria y Hospital Regional de Uruapan, así como del Hospital Civil e Infantil de Morelia, Michoacán.

En el referido curso, el agraviado manifestó que su cónyuge estaba embarazada y le dieron el tratamiento con AZT para prevenir el contagio al niño, el cual fue suministrado por la doctora Margarita King, adscrita a la Jurisdicción Sanitaria de Uruapan, Michoacán, quien suspendió el medicamento sin explicación alguna, canalizando a la señora DDD al Hospital Regional de esa ciudad.

Indicó que en el citado nosocomio nunca hubo un médico en especial que se encargara de la atención a la paciente, ya que siempre “se estaban echando la bolita uno al otro” (sic), pero cuando alguno la atendía “se juntaban hasta ocho, y todos en forma morbosa para ver a una mujer embarazada con sida” (sic), diciéndole que el quejoso era el culpable de que ella estuviera enferma del virus y que cuando naciera su hijo no iba a poder vivir junto con otros niños porque los infectaría. Señaló que conforme se acercaba la fecha del parto, los doctores le manifestaron que mejor se fuera a Morelia, o al Distrito Federal, para que atendieran a su esposa.

Refirió que el 6 de junio de 1998 su cónyuge empezó con “contracciones”, pero le informaron que tenía que esperar hasta las 42 semanas de embarazo, dándole Alupent para detener el parto, por lo que, al no quererla seguir atendiendo, y continuar con los dolores, acudió junto con la agraviada a la ciudad de Morelia, Michoacán, llegando el lunes 8 del mes y año referidos, dirigiéndose a las oficinas de la Asociación MUSS, A.C., de donde los canalizaron al Hospital Civil de la citada ciudad y entidad federativa, practicándosele cesárea al día siguiente, naciendo un niño que pesó 3.150 kg, con Apgar-8-9; agregando el quejoso que sin darles aviso y sin su consentimiento, trasladaron al menor al Hospital Infantil de Morelia y que al momento de manifestar su desacuerdo, una enfermera le señaló que era orden de “Coesida”.

Añadió que a las 18:00 horas del mismo día se trasladó al Hospital Infantil para ver a su hijo, siendo recibido por un médico __sin señalar su nombre__, quien le informó que el menor estaba muerto, explicándole que la causa era porque “había nacido positivo a VIH y por ello arrojaba sangre por todas partes y que necesitaba su autorización para hacerle la necropsia e investigar la causa de su muerte” (sic).

Además, le informaron que el cuerpo del menor lo tenían que sacar inmediatamente de dicho nosocomio, en virtud de que ellos no contaban con refrigeradores.

En virtud de lo anterior, solicitó la intervención de este Organismo Nacional, a efecto de que se investigara la conducta del personal médico tanto de la Jurisdicción Sanitaria de Uruapan, Michoacán, relacionado con el tratamiento que se dio a la señora DDD durante el embarazo, como del adscrito al Hospital Regional de Uruapan, por las deficiencias en la

atención médica profesional que le fue otorgada, así como en contra del Hospital Infantil de Morelia, de la citada entidad federativa, porque se negaron a practicarle la necropsia respectiva al recién nacido.

i) Ahora bien, el 11 de junio de 1998 el visitador adjunto de la Comisión Nacional de Derechos Humanos encargado del expediente de mérito entabló comunicación telefónica con la agraviada, quien precisó que, efectivamente, dio a luz a su hijo en el Hospital Civil, pero que según las normas de esa institución su bebé no podía estar junto con ella, razón por la cual fue trasladado al Hospital Infantil, añadiendo que no tenía queja alguna en contra del citado nosocomio civil, ya que la atención fue adecuada, y por medio del Departamento de Trabajo Social le condonaron el pago y la dieron de alta el mismo día del parto a las 12:00 horas.

ii) El 17 de junio de 1998, la señora DDD se comunicó vía telefónica con el visitador adjunto encargado del expediente del que se trata, indicándole que su esposo, el señor UVM, presentó una denuncia el 11 del mes y año citados ante el licenciado José Javier Chávez Montaña, titular de la Tercera Agencia Investigadora del Ministerio Público en Morelia, Michoacán, en virtud de que no le habían hecho la necropsia a su hijo en el Hospital Infantil de dicha ciudad, solicitando se le practicara la misma por personal médico de la Procuraduría General de Justicia del Estado de Michoacán.

B. Con la finalidad de integrar debidamente el presente caso, mediante el oficio número 17015, del 22 de junio de 1998, se requirió al doctor Roberto Robles Garnica, Secretario de Salud en el estado de Michoacán, un informe relativo a los hechos constitutivos de la inconformidad, así como copia de los expedientes clínicos de la señora DDD y su recién nacido de apellidos VD.

C. El 25 de junio de 1998, por medio del oficio 17473, esta Comisión Nacional solicitó al licenciado Jorge Eduardo García Torres, Procurador General de Justicia del estado de Michoacán, un informe completo sobre los actos reclamados, en el que se precisaran las causas por las que, al decir del quejoso, se le negaron copias de la necropsia practicada a su hijo el 12 de junio del año citado, así como copia certificada de la averiguación previa iniciada con motivo de los sucesos señalados.

D. En respuesta al requerimiento descrito en el apartado precedente, este Organismo Nacional recibió el oficio número Q/659, del 8 de julio de 1998, mediante el cual el licenciado Miguel Ángel Peña Guerrero, Director Jurídico Consultivo de la Procuraduría Estatal, remitió la documentación requerida y la necropsia del recién nacido agraviado, así como un informe suscrito por el licenciado Sotero Muñoz Zepeda, agente del Ministerio Público Investigador de la Agencia Tercera de la Subprocuraduría Regional de Morelia, el cual establece textualmente lo siguiente:

[...] con fecha 11 de junio del año en curso, se inicio la averiguación previa penal número 330/98/III, instruida en contra de quien resulte responsable por el delito de responsabilidad profesional y técnica, cometido en agravio del recién nacido de apellidos VD; posteriormente, girándose el oficio para que se practicara la necrocirugía al menor, obteniendo como resultado las siguientes conclusiones: recién nacido del sexo masculino de apellidos VD, falleció a causa de conjunto de alteraciones orgánicas por sepsis

neonatal temprana que ocasionó shock hipovolémico, alteraciones que son mortales por necesidad en paciente qyu PB cursó con una inmunodeficiencia adquirida... (sic).

E. Toda vez que en los hechos narrados intervinieron exclusivamente autoridades de carácter local, y no obstante que los mismos ya eran del conocimiento de la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Michoacán, este Organismo Nacional determinó, el 16 de julio de 1998, ejercer la facultad de atracción, considerando que los actos incidían en una problemática nacional por tratarse de personas a quienes se les había segregado por su condición de seropositivos al virus de inmunodeficiencia humana (VIH), lo que atenta contra la dignidad, haciendo del conocimiento del Organismo local que inicialmente conoció del caso en cuestión.

F. En contestación a la solicitud de información señalada en el párrafo B precedente, el doctor Roberto Robles Garnica, Secretario de Salud en la entidad federativa en cita, remitió el oficio 5009/14342, del 24 de julio de 1998, al que anexó el expediente clínico de los pacientes, mismos que contienen las siguientes constancias:

i) La nota del doctor Javier Duarte C., del DIF de Uruapan, del 2 de marzo de 1998, de la que se extrae lo siguiente:

Femenino de 24 años de edad. Antecedentes ginecoobstétricos: menarca a los 12 años, ritmo 30/2-3, inicia vida sexual activa 18 años. Gestas III, para I, cesáreas 0, fecha de última regla 27-09-97.

Antecedentes personales patológicos: VIH positivo desde junio de 1997, aproximadamente. Esposo VIH positivo. Hipotensión.

Exploración física: fondo uterino 26 cm, abdomen globoso por útero grávido.

Impresión diagnóstica, embarazo de 22 semanas de gestación. VIH positivo.

Plan: se envía para su control.

ii) La hoja de envío al Hospital Regional "Dr. Pedro Daniel Martínez", por parte del doctor Enrique Gutiérrez Macías, Coordinador del Área de Salud, del 2 de marzo de 1998, en la que se indica:

Por medio del presente conducto me permito canalizar a su especialidad a ese hospital a su digno cargo a la señora DDD, de 24 años de edad, para valoración y tratamiento.

Asimismo, hacemos de su conocimiento que la persona antes citada carece de recursos económicos, por lo que solicito considerar el costo de sus honorarios médicos.

iii) La nota del doctor Godoy, adscrito a la jefatura de Consulta Externa y Medicina Preventiva del Hospital General Regional de Uruapan, del 10 de marzo de 1998, a las 08:15 horas, en la que se establece:

Paciente enviada del DIF para atención obstétrica, previa comunicación telefónica de la jurisdicción sanitaria local (doctora Margarita King Hayata), originaria de Perú y residente de esta ciudad, ama de casa. Se sabe HIV positivo desde junio de 1997, su pareja sexual es VIH positivo previo a ella. Está siendo manejada en la jurisdicción local con AZT comprimidos. Gestas IV, para II, aborto I.

Cursa con embarazo de 22-23 semanas de gestación, acude a control prenatal, no refiere leucorrea, síntomas urinarios bajos ni sangrado transvaginal.

Consciente, intranquila, en buenas condiciones generales, conjuntivas pálidas ++. Abdomen globoso a expensas de útero gestante con fondo uterino a 22 cm, por arriba del borde superior del pubis.

Comentario: paciente que cursa con el cuarto embarazo, con 23 semanas de gestación y es HIV positiva desde hace nueve meses. Avisamos de inmediato a jurisdicción de su ingreso y se nos informa que ya cuenta con estudio epidemiológico y prueba confirmatoria ya realizada. Es canalizada al servicio de ginecoobstetricia y medicina interna, así como a psicología para su atención especializada. Pasa exenta de pago por orden de la Dirección.

iv) La atención por la doctora Cortés, del área de consulta externa de ginecología, del 10 del mes y año en cita, a las 10:30 horas, en la que se asienta:

Originaria de Perú, vive en unión libre, con antecedentes de drogadicción múltiple de estupefacientes, ambos radicaron en Estados Unidos, actualmente residente de Uruapan en la casa de su suegra...

No existen antecedentes alérgicos, quirúrgicos ni transfusionales.

Tiene dos hijas vivas en Perú, al parecer no contagiadas. Nunca ha utilizado método de planificación familiar.

Fecha de última regla: 27-09-97, fecha probable de parto: 4-07-98.

Cursa con embarazo de 23 semanas de gestación por amenorrea. Refiere buena movilidad fetal, no hay leucorrea ni sangrado genital, no síntomas urológicos, no edema de miembros inferiores ni datos de vasoespasmo.

TA: 90/60, peso 58 kg. Temperatura 36 grados, 1.46 m de talla.

Pálida +, bien hidratada, consciente, cooperadora, oídos, boca y nariz normal, cardiopulmonar sin compromiso, abdomen con fondo uterino adecuado a edad gestacional 23 cm, frecuencia cardíaca fetal 140 x'.

Impresión diagnóstica: paciente de 24 años, gestas IV, para II, abortos I, cursa con embarazo de 23 semanas de gestación más HIV positivo sin datos de infecciones. Pronóstico: bueno para el curso del embarazo.

Plan: polivitaminas orales 1x1. Se solicitan Bh, Qs, examen general de orina, VDRL, baciloscopias, grupo y Rh. Cita a medicina interna y a psicología. Continuar con su tratamiento con AZT. Cita a consulta externa de gineco en dos semanas o cita abierta a tococirugía en caso de alarma obstétrica. Hierro oral 1x1.

v) La nota de Medicina Preventiva y Consulta Externa, del 16 de marzo de 1998, a las 11:15 horas, suscrita por el doctor Godoy, del siguiente tenor:

Recibimos por parte de la jurisdicción sanitaria dotación correspondiente de AZT (comprimidos, solución y suspensión) para uso durante el embarazo, trabajo de parto y posparto para el producto. Hacemos entrega a la jefatura de enfermería para su uso, dado el horario de probable parto por parte de la paciente. Continuaremos vigilancia estrecha y acudiremos en caso de que así se requiera (a cualquier horario).

El día 26 de marzo de 1998 no acudió a consulta de medicina interna, ni a consulta externa de gineco. Doctor Sergio Garza Flores, jefe de medicina interna. Y firma ilegible de gineco.

vi) La nota de ingreso a Unidad Tocoquirúrgica, del 7 de abril de 1998, a las 02:00 horas, en la que se indica:

Cursa actualmente con embarazo de 27 semanas de gestación y refiere dolor abdominal de dos horas de evolución que se ha incrementado. Refiere que el dolor abdominal inició hace dos horas en mesogastrio sin irradiaciones específicas, de tipo cólico, intermitente, de duración de unos minutos de moderada intensidad, sin relación con alimentos. Niega sintomatología urológica, hay buena motilidad fetal. No refiere pérdidas hídricas o hemáticas por vagina ni leucorrea.

TA: 100/60, peso 59 kg, afebril, FC 82 x', frecuencia respiratoria 18 x'. Quejumbrosa, adecuadamente hidratada, pálida ++. Cardiopulmonar sin datos patológicos. Abdomen globoso a expensas de útero grávido, fondo uterino acorde con la amenorrea, ocupada por producto único vivo con frecuencia cardíaca fetal normal, longitudinal y en presentación pélvica. No se detecta actividad uterina ni datos de irritación peritoneal ni puntos dolorosos. A la exploración genital el cerviz se encuentra cerrado, formado, posterior sin pérdidas hídricas ni hemáticas, no hay leucorrea. Extremidades normales.

Impresión diagnóstica: embarazo de 27 semanas de gestación y probable amenaza de parto pretérmino. Es HIV positivo.

Plan: se hospitaliza en tococirugía para vigilancia del dolor e hidratación parenteral.

Se solicita ultrasonograma obstétrico ya que la paciente no se lo ha realizado y no ha acudido a sus citas.

Dieta líquida. Signos vitales por turno. Reposo absoluto en cama en decúbito lateral izquierdo. Solución mixta 1,000 ml para ocho horas. Vigilar frecuencia cardíaca fetal y actividad uterina. Se solicita ultrasonograma obstétrico.

vii) Reporte de ultrasonograma obstétrico suscrito por el doctor Cecilio Núñez Cárcamo, del 7 de abril de 1998, en el que se establece:

Útero aumentado de tamaño, ocupado a expensas de producto de la concepción, único vivo, longitudinal, pélvico, dorso a la izquierda, con reactividad anormal, frecuencia cardíaca fetal 154 x'.

La edad gestacional es de 28 semanas, obtenida por la longitud femoral, perímetro abdominal y diámetro biparietal.

La placenta es corporal anterior, con grado 0 de maduración. La cantidad y aspecto de líquido amniótico es normal.

viii) Nota de evolución de tococirugía elaborada por el doctor Calderón, del 7 de abril de 1998, a las 13:00 horas, en la que se señala:

Se ha mantenido en el servicio sin dolor abdominal, no hay actividad uterina dolorosa, buena motilidad fetal.

Útero a 28 cm, del borde superior del pubis, no detectamos actividad uterina dolorosa, frecuencia cardíaca fetal 145 x', a la exploración genital: cerviz cerrado, formado, no leucorrea y no pérdidas hídricas.

Laboratorio del 1 de abril: hemoglobina 9.8, hematócrito 32, leucos 6,100, O Rh positivo. VDRL negativo. Examen general de orina sin datos de infección. Química sanguínea normal.

Plan: no se corrobora actividad uterina en el servicio a pesar de que la paciente lo refiere esporádicamente, por lo que consideramos está en condiciones de egresarse y continuar manejo en forma ambulatoria.

Se indica orciprenalina tabletas; tomar media tableta cada ocho horas. Continuar hierro y vitaminas. Cita a consulta externa en una semana para valoración de suspender o continuar con orciprenalina. Cita abierta a tococirugía con orientación de datos de alarma obstétrica.

ix) De la historia clínica efectuada el 7 de abril de 1998 se extrae lo siguiente:

Padecimiento actual: inicia el mes de junio de 1997 cuando se conoce portadora de HIV por un estudio que se le realizó a solicitud de su pareja sexual que ya se conocía HIV. Cursa con amenorrea de 28 semanas de gestación aproximadamente, en este momento la motilidad fetal es normal, refiere dolor abdominal de varios días de evolución en mesogastrio, sin irradiaciones fijas, intensidad moderada, tipo cólico, duración de unos segundos, no se acompaña de alteraciones en la micción o en la excreta fecal, disminuye con el reposo, niega pérdidas hídricas o hemáticas genitales así como leucorrea o flujo vaginal. Refiere que estos síntomas se ven incrementados cuando ella ingiere el medicamento AZT que le ha sido administrado en la jurisdicción, por lo cual en varias ocasiones lo suspende o no toma la dosis adecuada. MIP Ciprés.

x) La nota del 14 de mayo de 1998, elaborada a las 12:00 horas por la doctora Cortés en la que se asienta:

Cursa con 32-33 semanas de amenorrea. Refiere buena motilidad fetal, ha continuado mínimo dolor abdominal, no hay pérdidas genitales hídricas ni hemáticas. No datos de vasoespasmo; no datos de infección a ningún nivel. §

Pálida + bien hidratada, abdomen con fondo uterino a 30 cm, del borde superior del pubis, cefálico frecuencia cardiaca fetal 140 x'. Extremidades sin edema.

Impresión diagnóstica: multigesta, embarazo de 32 semanas, HIV positivo y anemia.

Pronóstico: bueno para el embarazo. Se le indica que debe acudir a sus citas a la hora indicada, ya que hasta este momento no ha acudido a medicina interna ni a psicología, ha suspendido la ingesta de AZT por referir vértigo importante, se le indica que debe de tomarlo y seguir su vigilancia en la jurisdicción.

Tratamiento: hierro oral 1x1. Continuar con orciprenalina una semana más. Cita en una semana a consulta externa y cita abierta a toco si aparecen signos de alarma.

xi) La revisión de tococirugía, realizada por la doctora Ciprés el 18 de mayo de 1998, a las 22:00 horas, de la que destaca lo siguiente:

Embarazo de 33-34 semanas por amenorrea, no confiable ya que duda entre el 4 de septiembre y el 27 de septiembre. Tiene un USG del 7-04-98, que reporta 28 semanas de gestación que traspolado corresponde al 27 de septiembre. Acude por presentar dolor abdominal desde hace 24 horas referido al mesogastrio, sin irradiaciones fijas, poco intenso, tipo cólico, con duración corta sin relación con otros síntomas, no refiere pérdidas genitales, la motilidad fetal es normal, fondo uterino a 30 cm, del borde superior del pubis, con producto único vivo en situación longitudinal, cefálico, con frecuencia cardiaca fetal 150 x' rítmico, no se detecta actividad uterina franca. Cerviz cerrado, posterior, formado, el guante sale limpio.

La paciente refiere haber suspendido el útero-inhibidor así como los antivirales por sentirse muy mal posterior a su ingesta. Se le informa que debe continuar con dichos medicamentos, tener reposo domiciliario ya que realmente no hay trabajo de parto, se insiste en que debe acudir a sus citas cuando se le indique.

Plan: continuar con orciprenalina media tableta cada ocho horas y con AZT en la forma indicada. Reposo domiciliario estricto. Cita abierta a este servicio en caso de aparecer datos de alarma que se le explican

xii) La nota de tococirugía, elaborada el 26 de mayo de 1998, a las 20:00 horas, por el doctor Gutiérrez, en la que se indica:

Acude asintomática, refiere dudas acerca de orciprenalina ya que no acudió a su cita a consulta externa. Se le aclaran las dudas de los medicamentos y se le indica que

suspenda la orciprenalina y que continúe con el AZT. Se revisó obstétricamente encontrando frecuencia cardiaca fetal normal. Sin actividad uterina.

xiii) La nota de tococirugía, del 4 de junio de 1998, firmada a las 20:00 horas por la doctora Gianona, en la que precisa:

Cursa con embarazo de 36 semanas de gestación por FUM. Refiere haber sufrido caída desde su propia altura hace cuatro días golpeándose en el abdomen, ha evolucionado con molestias abdominales pero sin localización específica, no hay pérdidas transvaginales ni síntomas urológicos y los movimientos fetales son activos. Se encuentra afebril.

Fondo uterino a 31 cm, del borde superior del pubis, con producto único vivo, en situación longitudinal, presentación cefálica, dorso a la izquierda, frecuencia cardiaca fetal 142 x', sin actividad uterina al momento de la exploración. Cerviz es largo, cerrado y posterior, no hay salida de líquido transvaginal ni leucorrea, extremidades normales.

Diagnóstico: embarazo de 36 semanas de gestación, sin trabajo de parto, con antecedentes de caída a nivel del piso sin repercusiones hasta este momento. Se insiste en que acuda a sus citas oportunamente.

xiv) La nota de la jefatura de Ginecología, del 5 de junio de 1998, a las 09:00 horas, en la que se establece:

Se informa al servicio su atención adecuada y que se cuenta en el hospital con AZT para el momento del parto. Las condiciones obstétricas son adecuadas para la vía vaginal, se insiste en el servicio en enviarla a su consulta externa de medicina interna y psicología a pesar de que ella no ha acudido por cuenta propia.

xv) La nota de evolución, del 9 de junio de 1998, realizada a las 12:30 horas por el doctor Urbina Rincón, del Hospital General "Dr. Miguel Silva", de Morelia, Michoacán, de la que se extrae lo siguiente:

[...] Desde el inicio del embarazo, la madre presentó flujo transvaginal continuo, amarillo, fétido con prurito.

Ingresa a esta institución el 8-06-98, con dos contracciones cada 10 minutos de 20 seg. Canalizada de Uruapan, donde llevó su control, se pasa a la UTQX (sic) para inductoconducción, a partir de las 15:00 horas. El día 9-06-98 a las 09:00 horas se valora el caso encontrando el cerviz formado, posterior permeable un dedo, en presentación libre, membranas íntegras, por lo que se decide la operación cesárea, bajo BPD (sic) obteniéndose PUV masculino a las 12:15 horas, Apgar 8-9, S/A 0 peso: 3,150 g. Talla 48 cm. PC 36 cm. Capurro de 39 semanas, placenta, L. (sic) amniótico y cordón umbilical normal.

La madre estuvo tomando Zidovudina 200 mg. VO cada ocho horas y Retrovir AZT 120 mg IV cada seis horas. Durante el trabajo de parto.

[...] A: RNTE masculino, obtenido por cesárea por inducto conducción fallida, hijo de padres drogadictos y portadores de VIH positivo. Cursando la madre con infección genital durante todo el embarazo, lo que nos obliga a pensar en un paciente potencialmente infectado y en vista de que en esta institución no contamos con el servicio de infectología pediátrica, ni terapia intensiva neonatal, motivo por el que se canaliza al hospital infantil para un mejor manejo, por corresponder a nivel de atención, una vez que los trámites del traslado se completen, se les informa al familiar (padre).

13:30 horas. RN el momento actual se observa con deterioro, manifestado por 36' c, acrocianosis, S/A I (quejido), lo que podía estar dando por la hipotermia y está secundaria a un probable proceso infeccioso, que en el momento no localizamos, en este momento se realiza el traslado al Hospital Infantil.

xvi) La historia del recién nacido, efectuada por el doctor Urbina Rincón, del Hospital General "Dr. Miguel Silva", el 9 de junio de 1998, en la que se asienta:

Nacimiento: membranas integra, líquido amniótico normal, terminación cesárea. Hallazgos ninguno. Placenta normal. Cordón umbilical normal. Grupo sanguíneo O Rh positivo. Apgar 8-9. Silverman 0. Reanimación aspiración de secreciones.

Patología durante el embarazo: cérvico-vaginitis.

Medicamentos: Zidovudina 200 mg cada ocho horas. Retrovir AZT 120 mg cada hora.

xvii) La historia de admisión del Hospital Infantil de Morelia, Michoacán, efectuada el 9 de junio de 1998, a las 12:05 horas, por la residente de segundo año Elsa P. Aguilar Jiménez, en la que se precisa:

[...] Es producto de la cuarta gestación de embarazo que cursó con amenaza de parto a los ocho meses de gestación manejado con uteroinhibidores, y cursó con una infección vulvovaginal desde el inicio del embarazo. Y infección urinaria en los últimos tres meses, y cursó con control cada mes y tomó vitamínicos, no inmunizada, niega diabetes, hipertensión arterial moderada y tomó antirretrovirales desde los cuatro meses del embarazo (AZT) de manera irregular.

A.N. Es de término atendido en hospital y resuelto por cesárea y se mencionan características de líquido, placenta y cordón umbilical normales, y no se refiere RPM.

[...] Padecimiento actual. Inicia al parecer aproximadamente a la hora de nacido con dificultad respiratoria caracterizada básicamente por quejido y tiros intercostales.

Exámenes de laboratorio. Ninguno. Y al ingreso BH, hemocultivo, anticuerpos para VIH y otros, y tubo piloto.

Terapéutica empleada. Vitamina K.

Exploración física. Paciente masculino con cabeza normocéfala pelo escaso bien implantado y con cianosis moderada, la fontanela normotensa.

Ojos con pupilas isocóricas y normoreflécticas.

Oídos centrales buena implantación con conductos permeables.

Nariz central con orificios con salida de secreción serohemática.

Tórax de forma y tamaño adecuada para la edad y con la glándula mamaria palpable y la areola presente. Hay tiros intercostales y quejido inspiratorio.

Los ruidos cardiacos regulares y no ausculto soplos y los campos pulmonares con presencia de estertores crepitantes bilaterales en todas las bases.

El abdomen se encuentra distendido moderadamente y no hay peristalsis y se encuentra con hepato y esplenomegalia.

Diagnóstico probable: RNTPAG (sic) potencialmente séptico. SX de dificultad respiratoria. Hijo de padres portadores de VIH.

xviii) La nota de ingreso a Neonatología por los doctores J. Jesús Ochoa y Aguilar, del 15 de junio de 1998 (sic), a las 14:00, en la que se indica:

Ingresa paciente masculino de dos horas de vida [...] El paciente el día de hoy a las 12:00 horas nace en el Hospital Civil de esta ciudad [...] RNTE. En base al capurro que lo califica con 39.5 semanas de gestación y por el peso de 3.150...

[...] Potencialmente infectado se considera así ya que el paciente es trasladado en medio no ideal (sic), así como antecedentes de infección genital en la madre que incluso la llevaron a un trabajo de parto desde los ocho meses de gestación que fue controlado con uteroinhibidores...

[...] Para el diagnóstico de nuestras sospechas clínicas se solicitará una biometría hemática que nos descarte o confirme un proceso séptico bacteriano. Así como pruebas serológicas específicas como inmunoensayo (Elisa) e inmunotransferencia (Western Blot), PCR, detección de antígeno viral T-24 y cultivo viral y bacteriano. Para conocer el diagnostico definitivo del niño.

xix) La nota de evolución clínica de los médicos Melo y Ochoa, del 9 de junio de 1998, a las 15:15 horas, en la que se establece:

Enterados encontramos al recién nacido hipoactivo, hiporreactivo, hipotérmico cianótico, con quejido y polipneico (Silverman 3) con sonda orogástrica por donde drena sangre fresca en moderada cantidad con lo que se indica lavado gástrico con solución fisiológica y se aplica vitamina K y doble esquema de antibióticos.

xx) La nota de evolución suscrita por los doctores referidos, en el inciso que antecede, del 9 de junio de 1998, a las 16:00 horas, en la que se señala:

El paciente ha continuado con sangrado de tubo digestivo, así como en sitios de venopunción e incremento del problema respiratorio, no se ha logrado corregir la hipotermia por lo que se mantiene con oxígeno en casco cefálico, e incubadora y se solicitan pruebas cruzadas para transfundir.

Indicaciones: pasar ahora carga rápida. Solicitar sangre fresca total. Signos vitales cada 30 minutos.

xxi) La nota de evolución de las 16:30 horas, del 9 de junio de 1998, en la que los profesionales en cita asientan:

Mayor deterioro clínico, sangrado fresco abundante por orificios naturales y sitios de venopunción pasando nueva carga de solución fisiológica (en espera de sangre fresca total), agregándose esteroides al manejo. Persiste hipotérmico con dificultad respiratoria y datos de descompensación.

Continúa deteriorándose sin presentar respuesta adecuada al manejo presentando paro cardiorrespiratorio procediendo a maniobras de reanimación durante 30 minutos aproximadamente sin presentar favorable respuesta dándose por fallecido a las 17:00 horas.

Indicaciones: pasar nueva carga de solución fisiológica en 30 minutos. Se insiste en pasar sangre fresca total. Dexametasona 1 mg IV ahora. Resto igual.

Se informa al familiar (padre) acerca de la defunción de su bebé solicitándose estudio de necropsia explicando al mismo la importancia de este procedimiento, mismo que se niega por ahora.

xxii) El resultado de hemocultivo, del 9 de junio de 1998, el cual resultó negativo.

xxiii) La nota de autorización de necropsia, del 10 de junio de 1998, a las 13:00 horas, en la que se precisa que “el padre autoriza la realización de necropsia, R2 Elsa Aguilar y R3 Ochoa Vargas”.

xxiv) De la hoja de enfermería, sin fecha y sin nombre de la enfermera, se extrae lo siguiente:

Sólo en una ocasión, entre las 08:00 y 12:00 horas, se describe:

Respiraciones 60 x'. Ayuno hasta nueva orden. Líquidos 200 ml.

Vómito: gástrico con sangrado activo.

Medicamentos: Dexametasona 1 mg. IV. Vitamina K. tres mg. IV. Ampicilina 150 mg. Neomicina 7.5 mg.

xxv) El oficio del 13 de julio de 1998, suscrito por el doctor Fernando Martínez Madrigal, del que se extrae lo siguiente:

Por este conducto me permito informarles que inmediatamente después de la muerte del menor VD los médicos de neonatología a su cargo solicitaron al padre del menor autorización para practicarle la necropsia.

El objetivo de dicha solicitud fue con el motivo de complementar el estudio del caso y eventualmente determinar las causas del deceso. Sin embargo el padre se negó a dar la autorización para dicho estudio por lo que el Departamento de Patología a mi cargo no está autorizado a realizar necropsias en ausencia del consentimiento por escrito por parte de los padres o familiares cercanos del menor.

No obstante el padre del menor solicitó se le practicara la necropsia 22 horas después del fallecimiento a lo que informamos ya no tenía caso puesto que la necropsia con fines académicos sólo es útil en las primeras 12 horas del fallecimiento.

La degeneración tisular post mortem se presenta de las primeras cuatro horas y después de 12 horas no permite ninguna conclusión diagnóstica. Existen numerosos estudios que demuestran daño del sistema nervioso central en los enfermos con síndrome de inmunodeficiencia adquirida y este órgano es particularmente hábil a la degeneración post mortem.

Por los motivos antes expresados se le explicó al padre del niño que en estas condiciones no era útil el estudio. Sin embargo, el padre insistió que quería se le realizara la autopsia para demostrar que la falta de medicamento a la madre del recién nacido había sido la causa de que él adquiriera la enfermedad. Ante estas circunstancias pedí a Trabajo Social se notificara al Ministerio Público y a través del Semefo se realizara la autopsia ya que el caso había adquirido matices médico-legales y en estas circunstancias no estamos autorizados a realizar necropsias...

xxvi) La nota de Trabajo Social, del 10 de junio de 1998, a las 11:30 horas, suscrita por la trabajadora social María Dolores Andrade Pérez, de la que se extrae lo siguiente:

[...] finalmente decidió que se efectuara la necropsia, sin embargo, cuando se le notificó al patólogo que los familiares habían autorizado comenta que ya han (sic) pasado demasiado tiempo para realizarla, motivo por el que no se lleva a cabo...

xxvii) No se encontró ningún oficio del Hospital Infantil para el Ministerio Público, como lo mencionó el patólogo, ya que el señor UVM fue el que solicitó el inicio de la averiguación previa, requiriendo se le practicara la necropsia el 11 de junio de 1998, a las 20:00 horas, según lo descrito en la denuncia por comparecencia, efectuada por el licenciado Sotero Muñoz Zepeda, agente del Ministerio Público Investigador de la Agencia Tercera de esa Subprocuraduría Regional de Morelia.

xxviii) El dictamen de necropsia efectuado el 11 de junio de 1998 por los doctores Rubén Darío Samaniego Pérez y Jorge Alejandro Vázquez Narváez, del Departamento de Medicina Forense de la Procuraduría General de Justicia del Estado de Michoacán, en el que se indica:

[...] Siendo las 22:20 horas nos trasladamos al anfiteatro de esta institución para la práctica de la necropsia médico-legal al cadáver de un recién nacido del sexo masculino, el cual en vida respondió al nombre de Recién Nacido de apellidos VD; con el siguiente resultado: se trata de un cadáver de sexo masculino con una edad de cinco horas de nacido con estatura de 50 cm, perímetro torácico de 33 cm, perímetro abdominal 32 cm, perímetro cefálico de 37 cm, pie 7.5 cm; [...] Fenómenos cadavéricos. Se aprecia rigidez cadavérica generalizada, livideces cadavéricas en partes posteriores y declives del cuerpo, opacidad corneal bilateral, temperatura corporal menor a la mano que explora, mancha verde abdominal e inicios de desprendimiento cutáneo en tórax, ambos miembros torácicos y cara anterior de muslo izquierdo, cianosis facial de ambos pabellones auriculares, de parte distal de ambos miembros pélvicos y regiones ungueales de manos y pies.

Lesiones externas. Necrosis externas de ambos labios, así como huellas de venopunción en dorso de ambas manos; apertura de cavidades: cráneo. Epicráneo se observa congestivo sin infiltrados hemáticos. Plano óseo. Tanto bóveda como base íntegras sin trazos de fractura, fontanela anterior abierta, meninges de envoltura congestivas, hemisferios cerebrales congestivos a nivel de vasos corticocerebrales, tejido friable, ventrículos laterales con líquido cefalorraquídeo de carácter serohemático, cerebelo, bulbo raquídeo y protuberancia anular congestivos al exterior y al corte tejido friable. Cuello. Plano muscular y paquete vasculonervioso íntegros, tráquea y esófago centrales, ambos libres en su luz. Tórax. Plano muscular y parrilla costal íntegros, pleuras de envoltura congestivas, pulmones con marcada congestión de color púrpura, al corte hemorrágicos, así como de consistencia pastosa, la sangre acompañada de material purulento, bronquios mayores libre en su luz. Corazón. Saco pericardio con líquido serohemático aproximadamente 15 cc, corazón de forma y tamaño normal congestivo al exterior, con presencia de puntilleo hemorrágico tipo Tardeu en cara posterior de ventrículo derecho, al corte cavidades, músculo diafragmático: íntegro. Abdomen. Hígado aumento de tamaño y congestivo al exterior y al corte con sangre oscura, acompañada de material purulento, bazo se aprecia aumentado de tamaño con marcada congestión al exterior, de consistencia blanda y friable, al corte de color rojo grisáceo, páncreas congestivo al exterior y al corte con sangre oscura, riñones aumentados de tamaño, con cópula renal tensa, pálidos al exterior y al corte a nivel medular, se aprecia de color rojo oscuro, tejido friable. Estómago congestivo al exterior y al corte conteniendo moderada cantidad de líquido de color café oscuro, sin olor característico, intestino delgado se aprecian diversas zonas de congestión a través de su trayecto, intestino grueso congestivo y ambos distendidos por gases propios, vejiga vacía. Genitales externos. De acuerdo a edad y sexo. Nota: se tomó muestra hemática para estudio sérico por antecedente de VIH de ascendientes. Conclusiones: recién nacido masculino de apellidos VD, falleció a causa de conjunto de alteraciones orgánicas por sepsis neonatal temprana, que ocasionó shock séptico coagulación intravascular diseminada y shock hipovolémico, alteraciones que son mortales por necesidad en paciente que PB cursó con una inmunodeficiencia adquirida.

xxix) En el certificado de defunción suscrito por el doctor Rubén Darío Samaniego Pérez, se refieren como causas de la muerte: “choque hipovolémico tres horas. Coagulación intravascular diseminada dos horas, sepsis neonatal cinco horas”.

G. En razón de la especialidad del caso, se solicitó la colaboración de la Unidad de Servicios Periciales de esta Comisión Nacional, la cual emitió su dictamen el 27 de octubre de 1998, formulando las conclusiones siguientes:

Primera. Existió impericia por parte de los doctores Calderón, Cortés y Chiprés, del Hospital Regional de Uruapan, Michoacán, por indicar orciprenalina (uteroinhibidor) a la paciente, sin presentar signos que ameritan su administración.

Segunda. Existió negligencia por parte del doctor Urbina Rincón, del Hospital General “Dr. Miguel Silva”, de Morelia, Michoacán, por:

a) No efectuar la monitorización del trabajo de parto de la paciente.

b) Haber indicado el traslado del recién nacido tardíamente, y sin las medidas adecuadas, además de no haber estudiado integralmente al paciente, para efectuar el diagnóstico de sus condiciones en ese momento, para conocer si estaba indicado.

c) No haber informado ni recabado la autorización de los padres para efectuar el traslado.

d) Haber diagnosticado infección genital y urinaria en la paciente, a pesar de que no había antecedentes clínicos ni de laboratorio, ni tampoco los refiere a la exploración física, en su nota médica, para establecerlo.

Tercera. Existió negligencia e impericia por parte de los médicos residentes del Hospital Infantil que manejaron al paciente el 9 de junio de 1998, al no llevar a cabo el estudio integral del paciente y su padecimiento, para efectuar el diagnóstico y el tratamiento oportuno, mediante su internamiento en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

Cuarta. Existió negligencia por parte de la o las enfermeras encargadas de la atención del paciente en el Hospital Infantil, al no efectuar adecuadamente el llenado de la hoja de enfermería, y no llevar a cabo las indicaciones del médico.

Quinta. Existió negligencia por parte del doctor Fernando Martínez Madrigal, patólogo del Hospital Infantil, al negarse a efectuar el procedimiento de necropsia, impidiendo conocer las causas del fallecimiento del recién nacido.

Sexta. Existió negligencia por parte de los doctores Rubén Darío Samaniego Pérez y Jorge Alejandro Vázquez Narváez, médicos de la Procuraduría General de Justicia del estado, que efectuaron la necropsia, al no fundamentar, mediante los estudios convenientes, el diagnóstico probable de sida.

Séptima. La muerte del recién nacido VD fue derivada de las complicaciones originadas por un proceso infeccioso cuyo foco primario fue el pulmonar, padecimiento que no fue diagnosticado ni tratado en forma oportuna y adecuada por los médicos del Hospital General de Morelia y por los médicos del Hospital Infantil, de la misma ciudad, contribuyendo en el deterioro de su condiciones clínicas que alteraron su constantes vitales llevándolo a la muerte.

H. El 15 de enero de 1999, personal de esta Comisión Nacional de Derechos Humanos sostuvo una conversación telefónica con el licenciado Sotero Muñoz Zepeda, agente tercero del Ministerio Público adscrito a la Subprocuraduría Regional de Morelia, Michoacán, quien manifestó que la indagatoria 300/98/III, iniciada el 11 de junio de 1998, e instruida en contra de quien resulte responsable por el delito de responsabilidad profesional y técnica, cometido en agravio del recién nacido de apellidos VD, se encuentra en integración, precisando que aún no se han recabado las declaraciones ministeriales de los médicos tratantes, motivo por el cual envió un exhorto a su similar en la ciudad de Uruapan, en la misma entidad federativa.

II. EVIDENCIAS

En el presente caso las constituyen:

- 1.** El escrito de queja suscrito por el señor UVM, recibido en esta Comisión Nacional de Derechos Humanos el 10 de junio de 1998 (apartado A del capítulo Hechos de la presente Recomendación).
- 2.** Las actas circunstanciadas del 11 y 17 de junio de 1998, por medio de las cuales se certificaron las conversaciones telefónicas sostenidas entre el visitador adjunto responsable de la integración del expediente que nos ocupa y la señora DDD (apartado A del capítulo Hechos).
- 3.** El oficio 17015, del 22 de junio de 1998, enviado por este Organismo Nacional al doctor Roberto Robles Garnica, Secretario de Salud en el estado de Michoacán, mediante el cual se le requirió un informe sobre los hechos constitutivos de la inconformidad, así como copia de los expedientes clínicos de la señora DDD y el recién nacido de apellidos VD (apartado B del capítulo Hechos).
- 4.** El oficio número 17473, del 25 de junio de 1998, mediante el cual se solicitó al licenciado Jorge Eduardo García Torres, Procurador General de Justicia de la entidad federativa de mérito, un informe sobre los actos relatados por el inconforme (apartado C del capítulo Hechos).
- 5.** El diverso Q/659, del 8 de julio de 1998, por medio del cual el licenciado Miguel Ángel Peña Guerrero, Director Jurídico Consultivo de la Institución Procuradora de Justicia del estado de Michoacán, envió su respuesta al oficio 17473, del 25 de junio del año próximo pasado, girado por esta Comisión Nacional de Derechos Humanos (apartado D del capítulo Hechos).
- 6.** El recurso 19595, del 17 de julio de 1998, dirigido al licenciado Manuel Jiménez González, Presidente de la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Michoacán, mediante el cual se le informó que este Organismo Nacional atendería la queja de referencia en virtud de la atracción que se ejerció sobre la misma, considerando que los actos incidían en una problemática nacional, por tratarse de personas a quienes se les había segregado por su condición de seropositivos al virus de inmunodeficiencia humana (VIH), en relación con los sucesos descritos en el apartado E del capítulo Hechos.

7. El oficio 5009/14342, del 24 de julio de 1998, por medio del cual el doctor Roberto Robles Garnica, Secretario de Salud del estado de Michoacán, remitió la información que este Organismo Nacional solicitó el 22 de junio del año citado, anexando copia de los expedientes clínicos de los agraviados (apartado F del capítulo Hechos).

8. El dictamen médico emitido el 27 de octubre de 1998 por la Unidad de Servicios Periciales de esta Comisión Nacional.

9. El acta circunstanciada del 15 de enero de 1999, en la cual se certificó que personal de esta Comisión Nacional de Derechos Humanos sostuvo una conversación telefónica con el licenciado Sotero Muñoz Zepeda, agente tercero del Ministerio Público adscrito a la Subprocuraduría Regional de Morelia, Michoacán (apartado H del capítulo Hechos).

III. SITUACIÓN JURÍDICA

El 9 de junio de 1998 la señora DDD, con antecedentes de seropositiva al virus de inmunodeficiencia humana (VIH) fue atendida de parto en el Hospital General “Dr. Miguel Silva” de Morelia, Michoacán, mismo en el que dio a luz a un menor del sexo masculino, que sin el consentimiento de sus progenitores fue trasladado al Hospital Infantil de esa localidad, donde falleció.

En virtud de lo anteriormente expuesto, y solicitada la información por esta Comisión Nacional de Derechos Humanos, el doctor Roberto Robles Garnica, Secretario de Salud en el estado de Michoacán, envió, mediante el oficio número 5009/14342, del 24 de julio de 1998, el informe correspondiente y anexó copia fotostática de los expedientes clínicos de la señora DDD y su recién nacido de apellidos VD; igualmente, el licenciado Miguel Ángel Peña Guerrero, Director Jurídico Consultivo de la Procuraduría General de Justicia de la misma entidad federativa, hizo lo propio por medio del diverso Q/659, del 8 de julio de 1998, remitiendo, asimismo, la necropsia de mérito.

Al respecto, es menester indicar que se inició la averiguación previa número 300/98/III, en contra de quien resulte responsable por el delito de responsabilidad profesional y técnica, cometido en agravio del recién nacido de apellidos VD, misma que actualmente se encuentra en etapa de integración.

En razón de la especialidad del caso, se solicitó la colaboración de la Unidad de Servicios Periciales de esta Comisión Nacional, la cual emitió su dictamen el 27 de octubre de 1998, determinando que la muerte del recién nacido VD fue derivada de las complicaciones originadas por un proceso infeccioso cuyo foco primario fue el pulmonar, padecimiento que no fue diagnosticado ni tratado en forma oportuna y adecuada por los médicos del Hospital General de Morelia y por los galenos del Hospital Infantil de la misma ciudad, deficiencias que contribuyeron en el deterioro de su condiciones clínicas que alteraron sus constantes vitales, llevándolo a la muerte, así como que personal adscrito a la Dirección de Servicios Periciales de la Procuraduría General de Justicia de Michoacán actuó de manera irregular en la emisión del dictamen de necropsia que se le practicó al menor de apellidos VD, concluyendo sin bases científicas que “su muerte se debió al conjunto de alteraciones orgánicas por sepsis neonatal temprana, que ocasionó shock séptico, coagulación

intravascular diseminada y shock hipovolémico”, determinación que se consideró sustentada empíricamente.

IV. OBSERVACIONES

De los elementos de convicción que se allegó este Organismo Nacional con motivo de la queja interpuesta por el señor UVM fue posible apreciar actos violatorios a los Derechos Humanos cometidos en agravio de la señora DDD y del neonato de apellidos VD __hoy occiso__ imputables a personal médico y administrativo del Hospital General de Morelia, Michoacán, del Hospital Infantil de esa localidad, y de la Dirección de Servicios Periciales de la Procuraduría General de Justicia de la entidad federativa.

a) Efectivamente, se corroboró que el 9 de junio de 1998, en la ciudad de Morelia, Michoacán, la señora DDD, con antecedentes de seropositiva al virus de inmunodeficiencia humana (VIH) fue atendida de parto en el Hospital General “Dr. Miguel Silva”, donde dio a luz a un menor del sexo masculino, quien por órdenes del doctor Urbina Rincón fue trasladado al Hospital Infantil de esa localidad, sin que exista documental pública que justifique tal proceder, lo anterior pone de manifiesto el aislamiento hospitalario del recién nacido por su supuesta condición de seropositivo, lo que no se sustentó en pruebas científicas.

En relación con el efecto de la infección por VIH sobre la evolución del embarazo y del riesgo de transmisión perinatal, cabe manifestar lo siguiente:

La transmisión del virus por la madre puede ocurrir en varias formas: durante la gestación __el virus puede atravesar la placenta__ y en algunos casos, en etapas muy tempranas de la gestación. Igualmente, puede infectarse durante el parto por contacto con la sangre y fluidos maternos, así como por medio de la alimentación materna. Sin embargo, no se ha determinado exactamente la proporción y la frecuencia en la transmisión.

La aparición de infección intrauterina temprana se ha demostrado por estudios virales de la presencia de VIH en tejidos fetales de abortos del primero y segundo trimestre.

La mayoría de las evidencias sugieren que sólo del 25 al 35 por ciento de los niños de madres infectadas también contraerán la enfermedad.

La vía transplacentaria es la ruta más común de transmisión de VIH en el niño en la etapa perinatal; puede llevarse a cabo poco antes del parto, durante y poco después de éste, aunque también se ha implicado, con muy poca probabilidad, la transmisión transplacentaria intrauterina. Para confirmar la presencia de infección es necesario efectuar estudios sistemáticos, urológicos, inmunológicos y patológicos de la placenta y de cadáver de los recién nacidos de madres seropositivas con o sin síndrome de inmunodeficiencia adquirida, con lo que se podrá conocer el diagnóstico, el pronóstico, la historia natural, la extensión clínica y su manejo.

Los bebés nacidos de madres infectadas adquieren pasivamente anticuerpos IgG durante la gestación; así, mientras las pruebas para la detección de anticuerpos sea positiva, no todos estos niños están infectados por el virus.

No existe un método simple y sensible desde el punto de vista técnico para detectar el virus o sus productos, y poder así establecer el diagnóstico en niños menores de 15 meses de edad. La prueba para detectar antígeno p24 en la sangre de niños es técnicamente menos difícil, pero resulta positivo tardíamente en el curso de la enfermedad.

Una fase del método de Elisa, llamado Elisapot, detecta y cuantifica linfocitos que producen anticuerpos anti-VIH, descubriendo la respuesta del niño y no la materna. Un tercer método consiste en la detección de anticuerpos IgM e IgA en el suero, ya que éstos no cruzan la placenta y reflejan la respuesta del producto a la infección.

Sin embargo, la mayoría de los bebés infectados muestran datos de laboratorio de infección por VIH __por primera vez__ sólo después de los primeros días de vida. La mayoría de los menores infectados no tienen marcadores detectables de infección por reacción en cadena de polimerasa o cultivo al nacer.

Por lo anterior, se observa que existe dificultad en hacer el diagnóstico en el primer año de vida, por el largo periodo de incubación de la enfermedad, que aunado a la falta de estudios específicos impide afirmar la presencia del padecimiento en el menor.

En relación con el tratamiento con Zidovudina (AZT), administrado durante el embarazo, se ha visto que puede disminuir significativamente la transmisión prenatal de VIH-I. Por lo tanto, todas las mujeres embarazadas seropositivas deben recibir Zidovudina durante el periodo prenatal. El esquema terapéutico recomendado incluye administración de AZT oral durante la gestación, intravenosa durante el parto y oral al recién nacido durante seis semanas. Debe darse asesoramiento en fases tempranas de la etapa prenatal sobre los riesgos de dicho tratamiento, como toxicidad para la madre y el producto, por lo que se considera que el tratamiento médico administrado mediante éste, en el caso que nos ocupa, durante el embarazo y el trabajo de parto, fue el adecuado.

b) Por cuanto se refiere al diagnóstico de probable amenaza de parto pretérmino, efectuado por los galenos del Hospital de Uruapan, Michoacán, que intervinieron en la atención médica en el caso que nos ocupa, cabe precisar que se considera amenaza de parto cuando el feto es mayor de 20 o menor de 37 semanas de gestación, con membranas íntegras y contracciones uterinas repetitivas.

Para establecerlo, las causas que lo producen son: a) contracciones uterinas detectables que duren más de 30 segundos y con intervalo de menos de 10 minutos; b) que sean eficaces sobre el borramiento o maduración del cuello, y, c) si a la exploración inicial del cuello, éste se encuentra dilatado 24 milímetros o más. Para ello, se dispone de los índices que valoran la madurez cervical con el Test de Bishop, conforme al cual, a mayor actividad uterina corresponderá mayor maduración, y ésta estará en relación directa con el riesgo de parto pretérmino.

Para su manejo es procedente administrar uteroparalizantes en un principio, pero únicamente para el traslado de la paciente y para confirmar el estado de madurez fetal; por lo tanto, la enferma debe ser hospitalizada porque sólo así se puede realizar con facilidad y rapidez el diagnóstico, y además porque, de producirse el parto, sería necesaria una atención obstétrica esmerada.

En este sentido, se observa que, de acuerdo con lo descrito en la nota médica del 7 de abril de 1998, no se reunieron las condiciones necesarias para diagnosticar la amenaza de parto pretérmino en la agraviada, ya que en ningún momento se detectó la presencia de contracciones uterinas con las características antes señaladas, ni se percibió madurez y borramiento del cerviz uterino, ni se describieron cambios cervicales de acuerdo al Test de Bishop, por lo tanto, la administración de orciprenalina, que es un inhibidor de las contracciones uterinas, no fue acertada; asimismo, se observó que a la señora DDD le continuaron prescribiendo dicho medicamento hasta el 26 de mayo de 1998, fecha en que le fue suspendido, sin haber detectado actividad uterina durante las consultas subsecuentes al 7 de abril del año próximo pasado.

c) En otro orden de ideas, para esta Comisión Nacional de Derechos Humanos resulta evidente que durante el trabajo de parto en el Hospital General de Morelia, Michoacán, se hizo una deficiente valoración de la paciente, ya que no se efectuó la monitorización del mismo, fundamentándose lo anterior en lo siguiente:

Durante la evolución del trabajo de parto el médico responsable de la paciente debe valorar con cierta frecuencia una serie de parámetros, los cuales permitirán determinar si el trabajo de parto está evolucionando satisfactoriamente o si existe alguna alteración que ponga en peligro la salud de la madre o del feto, entre los que se encuentran:

___ Signos vitales de la madre.

___ La frecuencia cardíaca fetal, ya que ésta debe ser monitorizada, con la finalidad de detectar cualquier alteración que modifique la oxigenación del producto, signo de alarma que nos indica un sufrimiento fetal.

___ La dinámica uterina, mediante la medición de la frecuencia, duración e intensidad de las contracciones del útero, con la finalidad de establecer si éstas son útiles para la evolución del trabajo de parto, parámetro que resulta aún más importante cuando se efectúa inducción, como en el presente caso, ya que la administración de oxitocina debe ser monitorizada para evitar la presencia de una disfunción originada por este medicamento que pudiera provocar una ruptura uterina.

___ La dilatación y borramiento del cuello uterino (primer periodo del trabajo de parto), inicia con las modificaciones cervicales que consisten en un adelgazamiento del cerviz y una dilatación que es total a 10 centímetros.

___ El aspecto y variedad de posición de la parte del producto que se presenta en el canal vaginal, para detectar alguna alteración en la dinámica que sigue la cabeza fetal durante su descenso (mal rotación, persistencia en la posición, etcétera) y que impida la expulsión del producto (segundo periodo del trabajo de parto).

__La altura de la presentación, la cual se valora mediante los planos de Hodge, par metro importante para determinar si el descenso del producto se está llevando a cabo en forma adecuada, y si éste no queda detenido en algún momento siendo una manifestación de una desproporción cefalopélvica o de una disfunción uterina. También es importante cuando se piensa en la utilización de fórceps, ya que éstos deben aplicarse cuando la cabeza fetal se encuentra en determinado plano.

__La prescripción de medicamentos y soluciones durante el trabajo de parto, para conocer las dosis administradas, su frecuencia y los efectos que éstos pudieron ocasionar, ya que se menciona que durante el mismo se proporcionaron medicamentos (Zidovudina 200 mg vía oral cada ocho horas, y Retrovir AZT 120 mg IV cada seis horas, durante el trabajo de parto), además de que se efectuó a la agraviada la inducto-conducción, sin precisar las dosis del medicamento suministrado.

__La integridad de las membranas ovulares, para detectar oportunamente la rotura de éstas, y observar las características del líquido amniótico, para tratar de evitar la presentación de un proceso infeccioso o detectar un sufrimiento fetal.

ii) Cabe aclarar que dicha monitorización no se realizó ni se envió el partograma, esto impide saber cuál fue la indicación exacta y en qué momento se determinó llevar a cabo la operación cesárea, para establecer si era necesario efectuar dicho tratamiento quirúrgico y por qué, contraviniéndose con ello lo previsto en la Norma Oficial Mexicana de Emergencia, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, según la cual durante el manejo de una paciente en trabajo de parto se debe efectuar el partograma de mérito.

d) Esta Comisión Nacional de Derechos Humanos considera, en relación con la actitud injustificada del patólogo del Hospital Infantil de Morelia, a la negativa de efectuar la necropsia, lo siguiente:

i) La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en niños es una enfermedad multisistémica; identificándose gran variedad de lesiones patológicas de tipo infeccioso, degenerativo, proliferativo y vasculares en los tejidos y órganos de diferentes sistemas, en estudios de necropsia.

ii) En este sentido se han estudiado biopsias y muestras de necropsia del timo, nódulos linfáticos, bazo, placas de Peyer del intestino delgado y del apéndice (sistema linforreticular), encontrando depleción o proliferación del tejido linfoide en estos órganos, sugiriendo que el blanco primario de la infección por VIH, es el timo.

iii) También en sangre periférica y en médula ósea se ha encontrado anemia, linfopenia e inversión de la relación de linfocitos.

iv) En el sistema nervioso central se ha observado encefalopatía, mostrando este órgano (encéfalo) atrofia, gliosis y focos de necrosis.

v) En niños con dificultad respiratoria, en la biopsia pulmonar se puede encontrar una entidad de la neumonía linfocítica intersticial, estableciéndose en el Centro para el Control

de Enfermedades de Atlanta como un parámetro para definir a un niño infestado por el VIH, siendo definido este evento como la detección microscópica de infiltración intersticial de pequeñas células linfocitarias que obstruyen las vías aéreas y no está asociada a linfopatía intrapulmonar, vasculitis o necrosis. A la inspección, los pulmones presentan un engrosamiento difuso intersticial con nódulos ocasionales, a la exploración microscópica se encuentra una infiltración difusa del intersticio por linfocitos y plasma, la infiltración involucra los septos alveolares, interlobares y las vías linfáticas subpleurales y peribronquiales. Su incidencia es de un 30 a un 50% en niños infectados perinatalmente con VIH, por lo tanto:

__No se había determinado que el producto estuviera infectado por el virus VIH, como lo pretende afirmar en su oficio, ya que no todos los hijos de madres seropositivas están infectados.

__En caso de infección por VIH, los cambios o hallazgos de necropsia no sólo se encuentran a nivel de sistema nervioso central, ya que, como se mencionó, las alteraciones son multiorgánicas.

__Por lo anterior, el estudio resultaba útil no sólo para establecer la posibilidad de alteraciones producidas por infección por VIH, sino que también al encontrarlas servirían para el estudio científico, el conocimiento de la enfermedad y el comportamiento del virus.

__Además de lo expuesto, si el cuerpo es sometido a conservación, ya sea mediante refrigeración o con la administración de sustancias, la putrefacción cadavérica se modifica, siendo posible efectuar el estudio de necropsia.

__No fue verdad que el patólogo haya indicado a la trabajadora social que diera parte al Ministerio Público para que se le efectuara la necropsia médico-legal, ya que en la nota de dicha profesional no se menciona la indicación, sólo se afirma que éste se negó a efectuarla.

e) En relación con la necropsia, este Organismo Nacional se permite establecer que los diagnósticos finales emitidos no están fundamentados por los hallazgos macroscópicos y microscópicos que se deben observar para llegar a ellos; en consecuencia, se deduce que éstos estuvieron fundamentados más en el expediente clínico que en los hallazgos de necropsia, siendo factible sólo la presencia de un proceso infeccioso a nivel pulmonar y hepático, sin sustentarse la coagulación intravascular diseminada y el shock hipovolémico.

Además de lo anterior, establecer la probabilidad de inmunodeficiencia adquirida sin contar con los elementos para ello (estudios de laboratorio de líquidos orgánicos o hallazgos microscópicos de los tejidos afectados por dicha infección) resulta totalmente aventurado, por lo que, en el presente caso, resultaba necesario tomar cortes de los órganos para poder llegar a un diagnóstico acertado.

f) En cuanto a la cérvico-vaginitis es necesario indicar que puede ser un padecimiento infeccioso o no, a nivel de los órganos genitales que se caracteriza por la presencia de leucorrea (escurrimiento vaginal, que dependiendo del agente productor tiene

características específicas); prurito vulvar (comezón); hemorragias, puede haber dispareunia (dolor al coito), lo que en ningún momento se menciona en las notas médicas prenatales, por lo tanto, se infiere que no existía lo descrito en dichas notas de la siguiente manera:

i) El 2 de marzo de 1998 los médicos no expresan la presencia de leucorrea o síntomas urinarios; el 10 de marzo no leucorrea ni síntomas urinarios, 22-23 semanas de gestación, sin datos de infecciones; el 17 de abril no hay leucorrea, el examen general de orina, sin datos de infección; el 14 de mayo, no datos de infección a ningún nivel; el 18 de mayo, al tacto, el guante sale limpio, 33-34 semanas de gestación; el 4 de junio no hay pérdidas transvaginales, leucorrea, ni síntomas urológicos, 36 semanas de gestación.

ii) A pesar de ello, en la nota del 9 de junio de 1998, del Hospital General de Morelia, se refirió que la madre, desde el inicio del embarazo, presentó flujo transvaginal continuo, amarillo, fétido, con prurito, sin señalarse hallazgos a la exploración ginecológica.

iii) Asimismo, tampoco se encontraron signos o síntomas clínicos ni de laboratorio durante las consultas prenatales, para pensar en una infección de vías urinarias, ya que dependiendo del nivel en que ésta se encuentre se manifestar por disuria (ardor al orinar), pujo, tenesmo y laboratorialmente se encontrar n alteraciones en el PH y presencia de leucocitos en orina, mismos datos que no se describieron, pudiéndose establecer dos hipótesis:

__Que durante las revisiones que se efectuaron a la paciente agraviada durante el control prenatal no se le formuló un interrogatorio adecuado y que el análisis de orina no se realizó bien técnicamente, impidiéndose con ello el establecimiento del diagnóstico de infección genital ni urinaria, y, consecuentemente, no se dio el tratamiento.

__Lo manifestado por los médicos que atendieron a la señora DDD en el Hospital General de Morelia carece de veracidad, tratando de justificar la presencia de alteraciones en el recién nacido y relacionarlas con un problema infeccioso.

g) Esta Comisión Nacional considera que el traslado del recién nacido, además de efectuarse tardíamente, evidenció las carencias del Hospital General de Morelia, ya que éste no cuenta con las diferentes especialidades de la rama de pediatría (servicios de infectología pediátrica y terapia intensiva neonatal), así como los recursos físicos y tecnológicos para la atención del paciente, según lo dispuesto en los artículos 26 y 70, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, que a la letra establecen:

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.

[...]

Artículo 70. Los hospitales se clasificarán atendiendo a su grado de complejidad y poder de resolución en:

I. Hospital General: es el establecimiento de segundo o tercer nivel para la atención de pacientes, en las cuatro especialidades básicas de la medicina: cirugía general, ginecoobstetricia, medicina interna, pediatría y otras especialidades complementarias y de apoyo derivadas de las mismas, que prestan servicios de urgencia, consulta externa y hospitalización.

El área de hospitalización contará en los hospitales generales con camas de cirugía general, ginecoobstetricia, medicina interna y pediatría, donde se dará atención de las diferentes especialidades de rama...

Además de lo anteriormente expuesto, el recién nacido fue canalizado del Hospital General (Civil) al Hospital Infantil sin contar con la aprobación por escrito de los padres y sin que se encuentre la solicitud de estos últimos para ello, ya que en el Hospital General no se proporcionó al quejoso la información sobre el diagnóstico, evolución, tratamiento y pronóstico del padecimiento que ameritó el internamiento del neonato en el Hospital Infantil, contravieniéndose con ello lo previsto en los artículos 29, 30, 76 y 77, del Reglamento de la Ley General de Salud, mismos que disponen:

Artículo 29. Todo profesional de la salud estará obligado a proporcionar al usuario, familiar y, en su caso, a sus familiares, tutores o representante legal, información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento correspondientes.

Artículo 30. El responsable del establecimiento estará obligado a proporcionar al usuario, familiar, tutor o representante legal, cuando lo soliciten, el resumen clínico sobre el diagnóstico, evolución, tratamiento y pronóstico del padecimiento que ameritó el internamiento.

[...]

Artículo 76. El ingreso de usuarios a los hospitales será voluntario cuando éste sea solicitado por el propio enfermo y exista previamente indicación al respecto por parte del médico tratante.

Artículo 77. Será involuntario el ingreso a los hospitales cuando por encontrarse el enfermo impedido para solicitarlo por sí mismo, por incapacidad transitoria o permanente, sea solicitado por un familiar, tutor, representante legal u otra persona que en caso de urgencia solicite el servicio y siempre que exista previamente indicación al respecto por parte del médico tratante.

Si bien es cierto que, efectivamente, los padres son portadores del VIH, dicha infección no había sido diagnosticada en el producto, ni tampoco se cuenta con signos o síntomas clínicos dentro de los antecedentes prenatales de la señora DDD que puedan diagnosticar una infección genital, por lo que primero se hubieran confirmado dichos diagnósticos, además de asegurar una ventilación efectiva según los gases sanguíneos y radiografía de tórax, e intubar al paciente como una medida preventiva y establecer un acceso venoso, antes de decidir su traslado, omisión que influyó en el agravamiento en su estado de salud.

En caso de que la indicación de traslado del recién nacido, como ya se mencionó, se hubiera dado por ser un producto potencialmente infectado por VIH, o por infección genital de la madre (nota médica del 9 de junio de 1998, del Hospital General), dicha situación debió haberse previsto con anterioridad al nacimiento, pues ya se conocían los antecedentes en la paciente, debiendo enviar una nota al hospital receptor, con la finalidad de que estuviera pendiente del momento del nacimiento y del traslado, efectuándose de dicho modo y con los recursos más idóneos, ya sea de un hospital o del otro; siendo que en este caso se observó que el paciente fue trasladado dos horas después de su nacimiento, y sin haberle brindado las medidas de apoyo necesarias para estabilizar sus condiciones y poder efectuar el traslado, ya que se menciona que a las 13:30 horas ya presentaba un cuadro clínico caracterizado por hipotermia, acrocianosis y quejido respiratorio, siendo __a pesar de ello__ trasladado al Hospital Infantil, y que la persona comisionada para transportar al neonato se desplazó caminando llevándolo en brazos, evidenciándose con ello el desconocimiento para el manejo y traslado de este tipo de pacientes, ya que la transición del medio intrauterino al extrauterino es un proceso complejo, en el cual se producen múltiples modificaciones en varios sistemas orgánicos del niño en forma simultánea, y en el curso de algunos minutos este proceso de adaptación depende de que los cambios se realicen en forma adecuada, porque la gran influencia que ejercen algunas interferencias externas son causa frecuente de trastornos de la adaptación, principal causa de morbilidad y mortalidad de recién nacidos.

En todo proceso de adaptación los cambios hormonales vinculados al estrés fisiológico del parto, principalmente la estimulación adrenérgica, son primordiales. En casos en que se elimina casi en su totalidad este estrés, como en el presente asunto en que se practicó cesárea, es más frecuente la ocurrencia de depresión al nacer y de trastornos en el proceso de reabsorción de líquido pulmonar, provocándose síndromes de dificultad respiratoria; la prioridad en el tratamiento es la prevención de la hipoxemia (disminución del oxígeno en la sangre), ya que su aparición, además de afectar todos los demás órganos, inicia una cascada de complicaciones que hace que disminuya la posibilidad de tratar con eficacia la enfermedad y de conservar una función cerebral adecuada.

La temperatura debe conservarse estable con lámpara de calor radiante o colocando al paciente en una incubadora, porque se sabe que la hipotermia contribuye al aumento de hipoxemia y también a la acidosis, y en pacientes con disminución de oxígeno arterial por la dificultad respiratoria, este factor puede ser desencadenante de una tragedia.

Las anteriores consideraciones llevan a colegir que el personal médico del citado Hospital General "Dr. Miguel Silva", en el caso del menor VD, estigmatizó a éste como seropositivo al virus de inmunodeficiencia humana, procediendo a su aislamiento sin la autorización de sus padres, y remitiéndolo sin consentimiento de estos últimos al Hospital Infantil de la misma localidad, estimándose, asimismo, que el recién nacido fue trasladado tardíamente y sin las medidas adecuadas (en ambulancia y en incubadora, con medidas terapéuticas tempranas para su estabilización, tales como: la instalación de acceso venoso, intubación endotraqueal, además de ser acompañado por un médico neonatólogo experimentado y una enfermera).

Los hechos anteriormente expresados constituyen una transgresión a lo previsto en los artículos 4o., párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos;

73, 74 y 75, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, que en su parte conducente señalan:

Artículo 4o. [...]

Toda persona tiene derecho a la protección a la salud...

[...]

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

Artículo 74. Cuando los recursos del establecimiento no permitan la resolución definitiva del problema se deberá transferir al usuario a otra institución del sector, que asegure su tratamiento y que estar obligada a recibirlo.

Artículo 75. El traslado se llevará a cabo con recursos propios de la unidad que hace el envío, bajo la responsabilidad de su encargado y conforme a las normas respectivas.

De no contarse con los medios de transporte adecuados, se utilizarán los de la institución receptora.

h) Por otra parte, la sepsis neonatal se ha definido como un síndrome clínico caracterizado por signos sistémicos de infección, acompañado de bacteriemia, hemocultivo y capa leucocítica. La sepsis precoz se presenta como una forma fulminante, multisistémica, en los primeros tres días, sobre todo relacionada con complicaciones obstétricas, como rotura prematura de membranas (más de 18 horas); parto prematuro; corioamnionitis; fiebre materna; bajo peso y prematurez; los gérmenes causales incluyen los adquiridos por medio del canal del parto o microorganismos adquiridos después del nacimiento, por contacto humano, equipos o materiales contaminados utilizados en la sala de partos.

Entre las causas maternas se encuentran las siguientes: corioamnionitis, rotura prematura de membranas mayor de 18 horas, parto laborioso, infección urinaria, fiebre materna y colonización patógena.

En el recién nacido, las constituyen: el síndrome, bajo peso, lesiones debidas al parto, reanimación invasiva, asfixia perinatal e ictericia precoz.

En relación con las causales ambientales, se citan: personal, pacientes infectados, equipos contaminados, iatrógenos: procedimientos invasivos hechos con deficiente técnica, como aspiración endotraqueal, punción venosa o arterial, flebotomías y ventilación asistida.

i) Por lo anterior, no se encuentran elementos en el recién nacido para la presencia de una sepsis neonatal, ya que siendo un recién nacido de término, con peso adecuado, con calificaciones de Apgar y Silverman adecuadas, sólo queda la posibilidad de que ésta se

haya presentado por factores ambientales o iatrógenos, entre los que se pueden mencionar los equipos contaminados para efectuar la aspiración de secreciones, o el hecho de que se haya efectuado su traslado mediante un medio no ideal (caminando y cargado en brazos), según dicho del señor UVM y del doctor Ochoa (Hospital Infantil de Morelia, Michoacán), eventos éstos difíciles de corroborar.

ii) Lo que sí es posible descartar es que la sepsis neonatal haya sido ocasionada por infección por VIH, porque, además de que la madre fue tratada con AZT, durante el trabajo de parto, regularmente la presencia de un síndrome de inmunodeficiencia adquirida, en un niño nacido de madre seropositiva, se presenta tardíamente y no inmediatamente después del nacimiento.

iii) En relación con el manejo de este padecimiento, por parte de los médicos del Hospital Infantil, este Organismo Nacional observó que en ningún momento se estableció el diagnóstico de infección a nivel pulmonar, a pesar de que se previó la presencia de un proceso séptico, y que para el diagnóstico de dicho proceso se requiere un alto índice de sospecha, basado en una historia clínica adecuada, un minucioso examen físico y adecuadas pruebas de laboratorio, así como el seguimiento estrecho de su estado hemodinámico, por lo que para ello es importante efectuar la búsqueda del foco infeccioso, ya que un recién nacido puede evolucionar a una sepsis si no es atendido a tiempo de una infección local o bacteriemia.

iv) Los exámenes de laboratorio indicados ante la sospecha de sepsis incluyen la biometría hemática completa, velocidad de eritrosedimentación, proteína C reactiva, urianálisis, perfil de coagulación, química sanguínea, pruebas funcionales hepáticas y renales, gases arteriales y concentración sérica de ácido láctico, siendo de extrema importancia la realización de toma y cultivo de secreciones antes de iniciar la terapia antimicrobiana.

v) Por lo que este Organismo Nacional observó que los médicos se limitaron únicamente a indicar una biometría hemática completa y hemocultivo, así como los estudios para establecer la presencia de infección por VIH, sin tomar en consideración que estos últimos no representan la prioridad en el estudio del paciente (por lo mencionado anteriormente en relación con las dificultades diagnósticas), sino el aseguramiento de su estabilidad hemodinámica, el manejo adecuado de líquidos y electrolitos, suministro de oxígeno y estabilización de su temperatura.

vi) Por lo que, además del adecuado estudio de su padecimiento, también era necesario llevar a cabo un tratamiento más agresivo, ya que era evidente que el recién nacido agraviado se estaba deteriorando rápidamente, y, sin embargo, no fue internado en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales con la finalidad de efectuar un monitoreo estrecho de sus condiciones, tratando, mediante los estudios de laboratorio y gabinete (radiografía de tórax y gases arteriales), de determinar si era necesario intubarlo, ya que al presentar un síndrome de dificultad respiratoria, además de hipotermia, la hipoxemia resultaba obvia, por lo que, además de la erradicación de la infección, se necesitaba efectuar medidas de sostén, ventilación mecánica, ayuda hemodinámica y metabólica, siendo que al mantenerlo con casco cefálico, administración de líquidos y antibióticos, sin los parámetros de laboratorio para conocer sus condiciones y el efecto del tratamiento, no

se estaba llevando a cabo el manejo apropiado, considerándose que requería de internamiento en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales para realizarlo, ya que la sepsis constituye una respuesta inmunológica exagerada del huésped ante la presencia de un microorganismo o sus componentes tóxicos, y es la magnitud y duración de esta respuesta inflamatoria, y no el efecto inductor de la bacteria involucrada, lo que determina la expresión clínica y el pronóstico del proceso infeccioso.

vii) Por lo anterior, esta Comisión Nacional de Derechos Humanos estima que si bien es cierto que el paciente se deterioraba en forma rápida, también lo es que mediante un manejo más enérgico desde antes de su traslado, así también en el Hospital Infantil, sus perspectivas de vida hubieran mejorado.

i) En cuanto al manejo recibido del recién nacido, por parte del servicio de enfermería, se observó que no se llevaron a cabo las indicaciones de los médicos para su tratamiento, además de que la enfermera que las realizó desconocía el llenado de dicho documento, ya que en la única hoja de enfermería del Hospital Infantil, la cual obra en el expediente clínico, no se especificó lo que a continuación se detalla: nombre de la enfermera; fecha y hora del día en que se administraron los medicamentos y las soluciones; al paciente no se le tomaron, con la frecuencia establecida por el médico, los signos vitales; no se le administró la Zidovudina, como lo indicó el médico; no se le tomaron muestras al niño, para efectuar todos los estudios señalados por el galeno, ya que sólo se encuentra reportado el resultado del hemocultivo, con lo que se deduce que este estudio fue el único que se realizó.

i) En consecuencia, este Organismo Nacional establece que existieron varios factores que contribuyeron en la presencia del proceso infeccioso y del problema pulmonar en el recién nacido, como son:

__Haber sido obtenido por cesárea.

__Síndrome de dificultad respiratoria.

__Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica de origen multifactorial (hipotermia, taquicardia y taquipnea).

__Manejo inadecuado inicial en el Hospital General (medidas de sostén), su traslado (tardío y en condiciones inadecuadas) y en el Hospital Infantil falta de un estudio integral y de un tratamiento correcto de su padecimiento.

j) Por todo lo anteriormente expresado, en concepto de este Organismo Nacional el derecho a la salud tutelado por la norma fundamental no sólo implica una obligación del Estado mexicano para crear la infraestructura hospitalaria necesaria en el país y garantizar a los particulares el acceso a los centros de salud, bajo los requisitos que al efecto establezca, sino, además, el propio precepto tutela la debida prestación de los servicios de salud a cargo de los propios hospitales.

i) En mérito de ello, es dable sostener que la atención médica prestada a los agraviados no fue oportuna ni eficiente, por lo que es procedente el inicio del procedimiento de

investigación que en derecho proceda tanto a los médicos de los hospitales tratantes que intervinieron en los sucesos de mérito como a los peritos médico-forenses adscritos a la Dirección de Servicios Periciales de la Subprocuraduría Regional de Morelia, Michoacán, por la falta de sustento anatomopatológico en las causas de la muerte referidas en las conclusiones de la necropsia (no obstante que la intervención de estos últimos se realizó de manera subsidiaria en los presentes hechos, tal circunstancia no los exime de la responsabilidad de cumplir con eficiencia en todos aquellos asuntos en los que participen con motivo de las funciones que tienen asignadas), por haber incumplido, probablemente, con los principios de legalidad y eficiencia a que hace referencia el artículo 44, fracciones I y V, de la Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Michoacán, que señala lo siguiente:

Artículo 44. Los servidores públicos tendrán las siguientes obligaciones para salvaguardar la legalidad, honradez, imparcialidad y eficiencia que deben de observar en el desempeño de su empleo, cargo o comisión, y cuyo incumplimiento dar lugar a que se les apliquen las sanciones que correspondan, según la naturaleza de la infracción en que incurran y sin perjuicio de sus derechos laborales previstos en la Ley de los Trabajadores al Servicio del Estado de Michoacán de Ocampo y sus municipios:

I. Cumplir con diligencia el servicio que les sea encomendado y abstenerse de actos u omisiones que causen la suspensión o deficiencia de dichos servicios o que impliquen abuso o ejercicio indebido de su empleo, cargo o comisión;

[...]

V. Observar buena conducta durante el desempeño de su empleo cargo o comisión tratando con respeto, diligencia, imparcialidad y rectitud a las personas con que tenga relación con motivo del desempeño de su cargo.

ii) El mismo procedimiento que se solicita es oportuno por la negativa de practicar la necropsia solicitada por el padre del occiso, en virtud de que no está legalmente justificada la oposición que manifestó el doctor Fernando Martínez Madrigal, argumentando que por la degeneración tisular post mortem no se permite ninguna conclusión diagnóstica, fortaleciendo su dicho con la diversa consideración en el sentido de que “existen numerosos estudios que demuestran daño de sistema nervioso central en los enfermos con síndrome de inmunodeficiencia adquirida y este órgano es particularmente lábil a la degeneración post mortem”.

k) Las violaciones a los Derechos Humanos que se hacen notar con anterioridad implican la necesidad de que, por una parte, se hagan efectivas las responsabilidades penales y administrativas en que hubiesen incurrido cada uno de los servidores públicos que participaron en los sucesos narrados, y que, por la otra, se repare eficazmente a los señores DDD y UVM, el daño material y moral que se les causó con motivo de los hechos descritos.

Independientemente de la forma en que, dentro de los procedimientos administrativos o judiciales que se les sigan, se determine la responsabilidad de cada uno de los servidores públicos que participaron en los actos descritos, del análisis de los mismos en su conjunto

se desprende claramente que las acciones y omisiones que se han atribuido a las autoridades de ninguna manera pueden tener el carácter de conductas culposas, habiéndose violado con ello un deber de cuidado.

En el presente caso, la obligación moral y legal del Estado de reparar pronta y suficientemente los daños causados con la muerte del recién nacido VD es tanto mayor si se considera que por los funcionarios que intervinieron y la magnitud de los hechos se está frente a un caso que sin excluir las responsabilidades personales compromete a las instituciones que intervinieron.

La indemnización deberá reflejar el reconocimiento tanto de la dignidad humana como de la responsabilidad institucional mencionada.

i) En este sentido, los artículos 1773 y 1786, del Código Civil para el Estado de Michoacán, establecen en lo conducente lo siguiente:

Artículo 1773. 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 1786. 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.

Por último, es menester transcribir el contenido del artículo 44 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.

ii) 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 los pacientes, provocando la muerte de uno de ellos, la reparación debe realizarse.

I) Por otra parte, esta Comisión Nacional estima que, probablemente, tanto las enfermeras como los médicos y el patólogo del Hospital Infantil de Morelia, Michoacán, ante el desconocimiento del concepto y desarrollo del síndrome de inmunodeficiencia adquirida, se negaron, los primeros, a proporcionar una adecuada atención al recién nacido, y el último, a realizar la necropsia correspondiente, temiendo un posible contagio, lo que implica que no se cuenta o no se da capacitación al personal médico en el manejo de esos casos, transgrediéndose con ello el contenido de los artículos 3o., fracción VIII; 89; 90,

fracciones I y III, y 95, de la Ley General de Salud, relativos al desarrollo de la enseñanza, la formación, la capacitación y actualización de recursos humanos para la salud, así como a las facilidades que los establecimientos de salud deben otorgar para cumplir con ese objetivo, y el numeral 5.4, inciso C, de la Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de la Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (NOM-010-SSA2-1993), que dispone que las autoridades de salud deben capacitar al personal a fin de sensibilizarlo y mejorar la atención de los pacientes con el VIH/Sida.

i) Asimismo, los hechos descritos a lo largo de las observaciones del presente documento contravienen lo previsto por los artículos 1o., 2o. y 7o., de la Declaración Universal de los Derechos Humanos; 24 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, ratificada por México el 24 de marzo de 1981, y 2.2 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, ratificado por México el 23 de marzo de 1981, que enuncian el derecho a la igualdad y a la dignidad de todos los seres humanos, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición, y tienen, sin distinción, derecho a igual protección de la ley contra toda discriminación.

El derecho a la protección de la salud no significa que uno tenga derecho a estar saludable, sino a tener acceso a la atención de salud en caso de necesidad. Paradójicamente, a quienes están enfermos de sida se les ha negado el acceso a la atención de salud por dicha razón. Esto último constituye un problema de Derechos Humanos que emana de la forma en que respondemos a la enfermedad en comento, no de la propia pandemia. En otras palabras, no es la pandemia de sida lo que respeta o niega los derechos fundamentales, sino las respuestas de la sociedad a la enfermedad.

Las repercusiones para los Derechos Humanos de diferentes réplicas nacionales a la enfermedad de mérito han pasado a ocupar un lugar prioritario en la atención pública debido a casos de denegación de los Derechos Humanos fundamentales a quienes están infectados por el virus de inmunodeficiencia humana o a quienes están enfermos de sida. Esta denegación de derechos abarcó una gama de Derechos Humanos universalmente reconocidos, tales como: el respeto por la dignidad humana; la protección de la vida privada; el derecho al trabajo, educación, vivienda; el derecho a regresar al país de origen; el derecho a constituir una familia, y la libertad de información.

Las razones para denegarles los Derechos Humanos han variado, desde razones irracionales, las más de las veces por miedo a contraer el sida, y desaprobación de la supuesta inmoralidad de los estilos de vida mentalmente asociados con la infección por el VIH y el sida, hasta motivos racionales, tales como el costo elevado para la sociedad de esta enfermedad fatal y el del tratamiento médico para quienes se encuentran enfermos. Sin embargo, la mayoría de las veces, la razón aducida para la denegación o limitación de los Derechos Humanos ha sido la necesidad de hacer frente a la pandemia.

En el contexto de sida, el respeto por la dignidad y los Derechos Humanos no es únicamente un imperativo moral y legal, es la base para una política efectiva, destinada al control de la epidemia. No puede seguir existiendo duda alguna en cuanto a que el respeto a los Derechos Humanos salva vidas. Es ampliamente reconocido que las leyes y las

prácticas que discriminan y violan los Derechos Humanos de las personas con VIH/Sida o de aquellas que se considera están en riesgo de contraer la infección son moralmente insostenibles y además impiden los esfuerzos de las políticas de salud.

Los efectos de la discriminación en contra de las personas que viven con VIH/Sida son devastadores no sólo para ellos sino para la comunidad, por entorpecer los esfuerzos destinados para prevenir la expansión del VIH.

La discriminación representa un peligro para la salud pública: si la infección por VIH provoca estigmatización y discriminación, aquellos afectados evitan a toda costa la detección y cualquier contacto con los servicios de salud. El resultado es que aquellos que más necesidad tienen de información, educación y asesoría se alejan hacia el ocultamiento.

Estamos cruzando un umbral del cual no hay retorno. Sabemos ahora que el sida es en la sociedad más que un virus. Conscientes de la magnitud del desafío, parece apropiado cavilar por un momento, mirar atrás y reflexionar. Para ir adelante, debemos confrontarnos a nosotros mismos.

Con base en lo anteriormente expuesto, esta Comisión Nacional concluye que en el presente caso existe violación a los Derechos Sociales de ejercicio individual, en relación con el derecho a la protección de la salud y, específicamente, el de negligencia médica, y violación a los derechos de los seropositivos o enfermos de sida, tanto del menor VD y de su señora madre DDD, por los servidores públicos de los centros de salud de Morelia, Michoacán. Además de violaciones a los derechos individuales relacionados con el derecho a la legalidad y seguridad jurídica, particularmente en un incumplimiento de la función pública en la procuración de justicia, por cuanto a los agraviados señalados y al señor UVM, por la deficiente intervención de los funcionarios de la Dirección de Servicios Periciales de la Procuraduría General de Justicia de la entidad federativa de mérito.

Por ello, esta Comisión Nacional de Derechos Humanos se permite formular respetuosamente a usted, señor Gobernador del estado de Michoacán, las siguientes:

V. RECOMENDACIONES

PRIMERA. Se sirva enviar sus instrucciones a quien corresponda para que se remita formalmente a la Contraloría Interna de la Secretaría de Salud del estado el expediente de la señora DDD, a efecto de que se inicie un procedimiento administrativo de investigación al personal médico que atendió a la citada paciente y a su recién nacido de apellidos VD, adscritos a la Jurisdicción Sanitaria y Hospital Regional de Uruapan, así como del Hospital Civil e Infantil de Morelia, Michoacán.

SEGUNDA. Se instruya al titular de la Secretaría de Salud en el estado para que realice las acciones necesarias tendentes a proporcionar a las clínicas y hospitales de su adscripción los recursos humanos, financieros y materiales que se requieran para atender la infección por el VIH; poner en práctica las medidas de precaución universalmente aceptadas con objeto de evitar la transmisión de dicha infección a los pacientes que acuden a tratarse en los nosocomios de esa institución, y capacitar al personal para que

esté en aptitud de proporcionar a los enfermos seropositivos una atención adecuada y humana.

TERCERA. Que, respetando la autonomía técnica del Ministerio Público, se sirva instruir al Procurador General de Justicia del estado a fin de que la averiguación previa número 330/98/ III, iniciada el 11 de junio de 1998, en contra de quien resulte responsable por la comisión del delito de responsabilidad profesional y técnica, cometido en agravio del recién nacido de apellidos VD, se determine conforme a Derecho proceda.

CUARTA. Igualmente, respetando la autonomía técnica del Ministerio Público, se sirva enviar sus apreciables instrucciones al Procurador General de Justicia para que haga del conocimiento a la Contraloría Interna de esa institución a efecto de que se inicie un procedimiento administrativo de investigación a los peritos médicos que practicaron la necropsia al recién nacido de apellidos VD, por las consideraciones expuestas en el texto del presente documento, y, de ser el caso, se les sancione conforme proceda a Derecho.

QUINTA. De conformidad con los artículos 1773 y 1876, del Código Civil para el Estado de Michoacán, se sirva instruir a quien corresponda a fin de que se indemnice a los familiares del menor fallecido VD, que demuestren tener mejor derecho, con motivo de los hechos narrados en el cuerpo de esta Recomendación.

La presente Recomendación, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 102, apartado B, de la Constitución General de la República, 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, aplique 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, sino que, 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 autoridad 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 apoyo en 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 de Derechos Humanos dentro del término de 15 días hábiles a la fecha en que haya concluido el plazo para informar sobre la aceptación de la misma.

La falta de presentación de pruebas dará lugar a que se interprete que la presente 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