



Comisión Nacional de los Derechos Humanos México

SÍNTESIS: Con fechas 29 de abril y 13 de mayo de 1996, la Comisión Nacional de Derechos Humanos recibió los escritos del doctor Ignacio Hernández C., Presidente de la Comisión Local de Derechos Humanos en Álvaro Obregón, Michoacán, A.C., y de la C. Rosario Orozco Paniagua, mediante los cuales interpusieron, el primero, queja en contra del Hospital General "Dr. Miguel Silva", de Morelia, Michoacán, por la mala atención brindada a la señora AMP, portadora del VIH, durante su parto, y la segunda complementó la citada queja.

En los escritos de referencia se denunció la insuficiente atención otorgada a la señora AMP, pues además de que se encontraba embarazada, padecía de diabetes sacarina, y se le diagnosticó infección por VIH/Sida, así como insuficiencia renal, siendo dada de alta sin haberse restablecido por completo, debido a las presiones del personal del citado nosocomio, lo que propició que falleciera 42 días después en su propio domicilio.

Solicitada la información, el Director del Hospital General "Dr. Miguel Silva", de Morelia, Michoacán, mediante el oficio número 5009/106/96, del 3 de junio de 1996, envió el informe correspondiente y anexó copia fotostática del expediente clínico de la señora AMP.

Del análisis de la información recabada, así como de la investigación realizada por este Organismo Nacional, se acreditaron actos violatorios a Derechos Humanos de la señora AMP, quien falleció debido a la deficiente e inoportuna atención médica recibida durante su estancia en el citado hospital, así como al hecho de que se le dio de alta y a la complicación de su estado de salud.

Considerando que la conducta de las mencionadas autoridades hospitalarias es contraria a lo dispuesto por los artículos 4o., párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 2o., párrafo segundo, 3o., fracción VIII, 89, 90, fracciones I y III, y 95 de la Ley General de Salud; 19, fracción II, y 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica; 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); 1o., 2o. y 7o. de la Declaración Universal de Derechos Humanos; 24 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, y 2.2 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, esta Comisión Nacional emitió una Recomendación al Gobernador del Estado de Michoacán, a efecto de que instruya a quien corresponda para que provea lo necesario a fin de que se inicie una investigación administrativa respecto de la atención médica prestada a la señora AMP en el Hospital General "Dr. Miguel Silva", en Morelia, Michoacán, con objeto de determinar si existió o no responsabilidad de los servidores públicos de ese nosocomio. Si se encuentran elementos suficientes para determinar que hubo responsabilidad administrativa que se apliquen las sanciones que correspondan y, en caso de ser constitutivos de algún delito imputable a los servidores públicos del referido hospital, se dé vista al agente del Ministerio Público; que instruya al titular de los Servicios Coordinados de Salud en el Estado para que realice las acciones necesarias

tendientes a proporcionar al multicitado hospital todos los recursos materiales necesarios para atender infecciones por VIH y poner en práctica las medidas de precaución universalmente aceptadas con objeto de evitar la transmisión de dicha infección a los trabajadores del establecimiento, de modo que el personal esté en aptitud de proporcionar a los pacientes una atención adecuada; que instruya a quien corresponda para que se emita una circular que contenga instrucciones precisas para que los médicos adscritos al citado hospital supervisen adecuadamente el trabajo de los médicos residentes e internos y se responsabilicen del servicio, y que ordene, a quien corresponda, dar cumplimiento a las instrucciones dictadas por el Director General de Epidemiología, dependiente de la Subsecretaría de Servicios de Salud.

Recomendación 028/1997

México, D.F., 9 de mayo de 1997

Caso de la señora AMP, por la deficiente atención médica que recibió en el Hospital General "Dr. Miguel Silva", en Morelia, Michoacán

Lic. Víctor Manuel Tinoco Rubí,

Gobernador del Estado de Michoacán,

Morelia, Mich.

Muy distinguido Gobernador:

La Comisión Nacional de Derechos Humanos, con fundamento en el artículo 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como en los artículos 1o., 6o., fracciones II y III; 15, fracción VII, 24, fracción IV; 44; 46 y 51 de la Ley de la Comisión Nacional de Derechos Humanos, ha examinado los elementos contenidos en el expediente CNDH/121/96/MICH/2607 relacionados con el caso de la señora AMP y vistos los siguientes:

I. HECHOS

A. El 29 de abril de 1996, esta Comisión Nacional recibió un escrito de queja suscrito por el doctor Ignacio Hernández C., Presidente de la Comisión Local de Derechos Humanos en Álvaro Obregón, Michoacán, A.C., mediante el cual manifestó que la señora AMP ¹, portadora del VIH, "durante su parto fue mal atendida en el Hospital General 'Dr. Miguel Silva', de Morelia, donde, según referencias, 'dio el camazo' ² y tan sólo se concretaron al tratamiento de las complicaciones de este mal (la infección por el VIH), pues reconocen que no manejan los antivirales que, por lo menos, retardan su historia natural". Asimismo, expresó el quejoso que la referida paciente falleció en su domicilio.

B. El 13 de mayo de 1996 se recibió en este Organismo un escrito de la señorita Rosario Orozco Paniagua, en el que señala:

Como complemento de la queja presentada por la Comisión Local de Derechos Humanos en Álvaro Obregón, Michocán, A.C., relacionada con la violación de Derechos Humanos de la finada señora AMP, a quien, en el Hospital Civil de Morelia, Michoacán, "Dr. Miguel Silva", se le atendió de insuficiencia renal, diabetes sacarina y se le diagnosticó embarazo y la infección por el VIH/Sida.

El 5 de marzo de 1996, allí mismo se le atendió de parto y se le dio de alta el 14 del mismo mes, al acudir yo por ella, mi amiga la finada me comentó que la estaban presionando para que abandonara el hospital, pues le decían que "el hospital no era sólo para ella".

Al estar en su casa y debido a su imposibilidad de autovalerse, me pidió que me llevara a su hija; y a los 40 días me ratificó su decisión de que me quedara con la niña, aunque sin ningún papel, pues ella murió en su propio domicilio el 25 de abril del año en curso [1996].

C. A fin de contar con suficientes elementos de análisis y lograr la objetividad en el estudio de los hechos que motivan la presente Recomendación, de conformidad con el artículo 34 de la Ley de la Comisión Nacional de Derechos Humanos, este Organismo Nacional, mediante el oficio 37695, del 14 de mayo de 1996, solicitó al jefe de Servicios Coordinados de Salud en el Estado de Michoacán, un informe pormenorizado sobre las violaciones señaladas en la queja aludida en el apartado A del presente capítulo Hechos.

D. El 3 de junio de 1996, mediante el oficio 5009/106/ 96, el doctor Juan Ignacio Cárdenas, Director del Hospital General "Dr. Miguel Silva", envió a este Organismo Nacional el informe sobre el caso de la señora AMP, al que anexó copia fotostática del expediente clínico y del certificado de defunción de la paciente. El contenido del informe referido y de sus anexos se detalla en el capítulo Evidencias de la presente Recomendación.

E. El 11 de septiembre de 1996, este Organismo Nacional expidió la Recomendación 82/96, dirigida al doctor Juan Ramón de la Fuente Ramírez, Secretario de Salud, en cuyas recomendaciones específicas se expresó lo siguiente:

PRIMERA. Que gire sus instrucciones a fin de que en todos los hospitales del sector salud, la atención de pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana se realice con apego a la NOM-010-SSA2-1993.

SEGUNDA. Que dicte sus instrucciones a fin de que, en los términos de la normatividad aplicable, se organicen e impartan cursos de capacitación sobre el VIH o el sida al personal médico que labora en las unidades dependientes de la Secretaría de Salud en el Estado de Hidalgo.

TERCERA. Que ordene que, de acuerdo con la normativa aplicable, se proporcionen los recursos humanos y materiales que se requieran, a fin de hacer efectivas las acciones de capacitación e información, la adopción de medidas preventivas y el tratamiento a los pacientes con el VIH/Sida.

CUARTA. Que gire sus instrucciones a efecto de que en todos los casos, tanto en la historia clínica como en las notas diarias del expediente médico sólo se indague la conducta sexual en relación con las prácticas de alto riesgo, en los términos del apartado 4.2.1. de la NOM-010-SSA2-1993.

QUINTA. Que ordene que a todos los pacientes infectados por el VIH o que han desarrollado sida, desde su ingreso a cualquier hospital de segundo nivel del Estado, se les proporcione el apoyo psicoterapéutico necesario.

F. La Recomendación 82/96 fue aceptada el 3 de octubre de 1996, y en relación con la misma, el doctor Roberto Tapia Conyer, Director General de Epidemiología, dependiente de la Subsecretaría de Servicios de Salud, dirigió oficios a las autoridades de salud de los Estados con las instrucciones de que deberían dar a conocer, por escrito, a todas las unidades médicas hospitalarias dependientes de la institución, a fin de cumplimentar la Recomendación ya citada. Las instrucciones son las siguientes:

1. En todos los hospitales del Sector Salud, la atención de pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana, se realizará con apego a la Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-1993, de la cual adjunto un ejemplar y de la que esa oficina a su cargo cuenta ya con los recursos necesarios para su reproducción.

2. En todos los casos, tanto en la historia clínica como en las notas diarias del expediente médico, sólo se indagará la conducta sexual del paciente en relación con las prácticas de riesgo en los términos del apartado 4.2.1. de la Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-1993, procediendo siempre a realizar la indagación con absoluto apego a los [derechos del] paciente.

3. A todos los pacientes infectados por el VIH, o que hayan desarrollado sida, se les deberá proporcionar el apoyo psicoterapéutico necesario desde su ingreso a cualquier hospital de segundo o tercer nivel dependiente del Estado. Con objeto de facilitar el cumplimiento de esta Recomendación, me permito adjuntar un ejemplar de la Guía de atención psicológica del paciente con VIH/Sida elaborada por el Conasida.

4. Todos los hospitales del sector salud deberán designar personal médico y psicológico para recibir capacitación continua en el área de atención de pacientes con el VIH/Sida, que promoverá el Consejo Nacional para la Prevención y Control del Sida (Conasida) en coordinación con el correspondiente Coesida.

II. EVIDENCIAS

En este caso las constituyen:

1. El informe del doctor Juan Ignacio Cárdenas, Director del Hospital General "Dr. Miguel Silva"

En el oficio referido, en el apartado D del capítulo Hechos, se expresa lo siguiente:

Me permito informar que la señora AMP estuvo internada en este hospital del 7 al 22 de noviembre de 1995, por:

1. Embarazo de alto riesgo
2. Diabetes mellitus insulino dependiente.
3. Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH): positivo.
4. Infección urinaria.

No regresó a consulta. Abortó fuera del hospital.

Reingresó el 26 de febrero del año en curso [1996] con:

1. Embarazo de 35 semanas.
2. Diabetes mellitus insulino dependiente. a) Insuficiencia renal.
3. Hipertensión arterial.
4. Virus de la inmunodeficiencia humana: positivo.

El 5 de marzo del año en curso [1996] parto pretérmino con producto del sexo femenino de 1,200 gramos de peso.

Durante la estancia hospitalaria fue asistida por el servicio de ginecología y obstetricia, medicina interna, endocrinología, medicina preventiva, infectología, nefrología y psiquiatría. Egresó del hospital el 15 de marzo de 1996, con tratamiento e instrucciones de asistir a la consulta externa de infectología en la primera semana de abril de 1996. No acudió a la consulta.

Como se puede corroborar en el expediente de la enferma, el presente caso clínico, particularmente dramático, recibió de este hospital una atención multidisciplinaria, sin que hubiera rechazo alguno por su padecimiento infectocontagioso. Se le apoyó con medicamentos y se le exentó de la cuota de recuperación.

A través de personas conocidas de la paciente, que trabajan en este hospital, se le enviaron invitaciones para que volviera a la consulta externa.

Hacia el día 18 del mes en curso [marzo de 1996], las mismas personas informaron que la paciente falleció en su lugar de residencia.

2. Las notas del expediente clínico de la paciente AMP, del 7 al 22 de noviembre de 1995

Del expediente clínico anexo al oficio señalado en la evidencia precedente, destacan las siguientes notas médicas:

i) Servicio de Tococirugía

- 7 de noviembre de 1995, nota de ingreso:

Paciente femenina de 32 años de edad... ha tenido dos embarazos, cero partos, un aborto... Inicia hace cuatro meses con amenorrea, síntomas neurovegetativos exacerbados, con pérdida de peso de 15 kilogramos aproximadamente, náuseas y vómito persistentes desde la segunda semana de embarazo, que no ceden con la administración de metoclopropamida ni bonadoxina. Además, el día de hoy presentó datos de hipoglicemia (se encontraba fría, soporosa y diaforética)... se le tomó un hemoglucotest capilar con resultado de glicemia de 20 miligramos por decilitro. Siendo manejada con solución glucosada al 50% más solución glucosada de 1,000 ml al 10% para ocho horas. En el momento actual se encuentra asintomática.

Exploración física:

[...] conjuntivas de color pálido, deshidratadas, cavidad oral con mucosas pálidas, deshidratadas, cuello sin adenomegalias palpables... abdomen globoso a expensas de útero grávido con altura de fondo uterino de 18 cm. Diagnósticos: 1. Secundigesta con amenorrea fisiológica tipo II de 15.2 semanas; 2. Hiperemesis gravidica; 3. Diabetes mellitus tipo II descompensada, de 14 años de evolución. Plan: sube a piso de tecoquirúrgica para su manejo (nombres: doctor Marroquín, médico residente de segundo año; doctor Galarza y doctora González, internos de pregrado).

Notas de evolución:

- 7 de noviembre, 22:20 horas:

Se encuentra la paciente estable. Presión arterial 120/70, frecuencia cardiaca 78 por minuto [...] se tomó destrostix a las 22 horas reportando 180. Se pide valoración a medicina interna. Está pendiente ultrasonograma pélvico, examen general de orina e iniciar con insulina a dosis habituales (nombres: doctora Ávila, médico residente de tercer año de ginecobstetricia; doctora Herrejón, médico residente de segundo año, y doctor Oñate, médico residente de primer año).

- 8 de noviembre, 11:00 horas:

Con diagnósticos establecidos... ultrasonograma que reporta: producto único vivo cefálico, de 17 a 19 semanas de gestación, con polihidramnios moderado, placenta de inserción baja... Se pasa a piso a cargo de embarazo de alto riesgo (firma del doctor Ruiz, médico residente de segundo año).

ii) Laboratorio clínico

- 7 de noviembre, 22:20 horas:

Biometría hemática con 10.2 hemoglobina, leucocitos, 8.3, hematocritos 32.1, tipo B positivo, química sanguínea con glucosa, 170, urea 81, creatinina, 1.2.

- 10 de noviembre:

Ab anti-VIH 1 y 2 positivo.

iii) Medicina preventiva

- 10 de noviembre:

Enterados del caso, se acudió a platicar con la paciente y a iniciar el estudio epidemiológico. La paciente desconoce qué es la enfermedad y que ella tiene el VIH. Se sugiere no comentarle nada, se le está preparando para darle la noticia. La paciente debe estar en cuarto de aislados para impedir que se infecte con otros gérmenes (aparecen los nombres de tres médicos adscritos, anotados a mano, en forma ilegible).

iv) Endocrinología

- 10 de noviembre:

Enterado del caso; tiene diabetes mellitus tipo I, de 15 años de evolución; controlada con insulina a dosis variables pero nunca más de 25 unidades internacionales. Ahora con hiperemesis gravidica y al parecer una hipoglicemia de 20 miligramos por decilitro. De acuerdo en que inicien insulina, 10 unidades diarias pero sería de utilidad que la solución sea mixta ya que el riesgo de hipoglucemia es alto, máxime que tiene vómito (firma del médico adscrito, doctor R. Campuzano).

-22 de noviembre:

Enterados de la evolución desde el punto de vista obstétrico está mejor. La glucemia se encuentra dentro de lo normal y en ocasiones hasta baja. Es de suma importancia y utilidad que la vea infectología antes de decidir su alta (firma del médico adscrito, doctor R. Campuzano).

v) Ginecobstetricia

- 12 de noviembre 7:30 horas:

[...] se encuentra hoy con edema palpebral bilateral (nombre: doctor Martínez, médico residente de primer año).

- 13 de noviembre:

Se encuentra paciente cursando su sexto día de hospitalización. Tranquila, consciente, bien hidratada, tolerando la vía oral, refiere vómito nocturno de contenido alimenticio, refiere movimientos fetales, niega pérdidas transvaginales, continúa con edema palpebral... Se le insistió por el servicio de medicina preventiva notifique a los familiares en cuanto lleguen a acudir para continuar seguimiento de contactos (nombres: doctor Mejía, médico adscrito y doctora Herrejón, médico residente de ginecobstetricia de segundo año).

- 19 de noviembre:

Se encuentra cumpliendo 12 días de hospitalización con los diagnósticos establecidos... La paciente se refiere asintomática, no ha presentado vómito ni diarrea, percibe movimientos fetales, niega pérdidas transvaginales, se encuentra con disminución de edema palpebral y de miembros inferiores. Se solicitan química sanguínea y electrolitos para manejar su esquema de tratamiento (nombres: doctor Torres, médico residente de segundo año de medicina interna, y doctora Herrejón, médico residente de segundo año de ginecología y obstetricia).

- 21 de noviembre:

Alta del servicio de ginecología y obstetricia (nombres: doctor Guzmán, médico adscrito; doctora Herrejón, médico residente de segundo año de ginecología y obstetricia, y leg. González, interno de pregrado).

vi) Infectología

- 22 de noviembre:

Es necesario subpoblación de linfocitos para decidir inicio de AZT. Por el momento pudiera egresarse. La paciente debe conocer su diagnóstico, ya que el riesgo de transmisión a producto va de 30 a 60%. Es un problema crónico/socioafectivo y económico delicado (firma ilegible).

vii) Nota de alta

El 21 de noviembre de 1995 la paciente fue dada de alta del servicio de ginecología y obstetricia (última parte del inciso v).

3. Las notas del expediente clínico de la paciente AMP, del 22 de febrero al 15 de marzo de 1996

i) Ginecología y obstetricia

- 26 de febrero de 1996, 22:00 horas, Urgencias:

[...] inicia con suspensión de sus ciclos menstruales... Tercer trimestre: edema de miembros inferiores desde hace aproximadamente 1.6 meses (?), ascendente, matutino, acentuándose más por las tardes, doloroso... además refiere disnea de medianos esfuerzos... cefalea frontal, punzante, acompañada de mareos, acúfenos y fosfenos desde el inicio de su embarazo. Exploración física: presión arterial 140/100 milímetros de mercurio, frecuencia cardíaca, 85 pulsaciones por minuto... mucosa oral bien hidratada... tórax, amplexión y amplexación disminuidas con base en hemitórax izquierdo, vibraciones vocales disminuidas en hemitórax izquierdo y abolidas con base en pulmón izquierdo; percusión matidez en ambas bases pulmonares, más acentuada en la base del pulmón izquierdo, auscultación murmullo vesicular disminuido en hemitórax izquierdo y abolido en la base del pulmón izquierdo... abdomen globoso a expensas de útero

gestante con presentación longitudinal, cefálico, dorso a la izquierda, frecuencia del foco fetal, 130 por minuto... extremidades con edema +++, doloroso, sin cambio de coloración, sin cambios de temperatura; extremidades superiores con edema ++; tacto vaginal diferido por edema vulvar. Impresión diagnóstica: secundigesta nulipara con embarazo de 35 semanas de gestación por fecha de última regla. Sin trabajo de parto. Diabetes mellitus tipo I. Probable insuficiencia renal crónica. Probable ruptura prematura de membranas de 14 horas de evolución. Anasarca. Plan: pasa a unidad tocoquirúrgica para su manejo (nombres: doctora Hernández, doctor Marroquín, doctor Lacouture, médicos residentes de tercero, segundo y primer año, respectivamente, e internos de pregrado Cuiriz y Orozco).

- 26 de febrero, nota de ingreso, Tococirugía:

Paciente conocida por el servicio de ginecología con el VIH positivo... Actividad uterina negada. Refiere salida de flujo rayado con sangre el día de hoy en poca cantidad. Presión arterial 140/100, mucosas orales pálidas, bien hidratada, edema palpebral +... abdomen globoso a expensas de útero gestante con fondo uterino a 27 centímetros... Frecuencia del foco fetal 140 por minuto. Presenta edema de miembros inferiores +++. Plan: interconsulta con nefrología, vigilancia obstétrica (nombres: doctora Hernández, doctor Marroquín, médicos adscritos, y doctor Lacouture, médico residente de primer año).

- 27 de febrero:

[...] tiene dificultad respiratoria moderada, no hay datos clínicos de edema, está con anasarca moderada, al parecer por falla renal, aún sin estudios de laboratorio, también se desconoce estado metabólico e inmunológico. Habrá que esperar para los resultados hasta el mediodía. No se manejó con esquema de insulina ni con glucosurias. La paciente debe ser manejada con técnica de aislados para beneficio de la paciente, de las enfermeras y personal de piso. Se darán cinco UI de insulina NPH, por orden del doctor C. (firma el doctor Ruiz, médico residente de segundo año).

- 28 de febrero:

Se refiere con tos seca por accesos, estertores basales bilaterales... presión arterial 150/100, frecuencia cardíaca, 82 por minuto. Tiene resultados de laboratorio reportados el día de ayer. El examen general de orina reporta pH 8.0, leucocitos, 10, proteínas, 500 mg, glucosa, 100 mg, eritrocitos, 250. La química sanguínea reporta glucosa, 87, urea, 100, creatinina, 3.7, ácido úrico, 7.9. La biometría hemática reporta hemoglobina, 8.8, leucocitos, 13.7, plaquetas, 239, calcio, 8.2, sodio, 132, potasio 5, cloro normal. No se le realizó RCTG [3] el día de ayer, se desconoce la causa. Habrá que solicitar interconsulta a nefrología y endocrinología. Delicada (nombre: doctor Ruiz, médico residente de segundo año).

19:00 hrs:

Se comenta con medicina preventiva del caso y sugiere esperar para aplicación de Zidovudina a la madre para mejorar las condiciones del producto y tratar de evitar la

infección del producto intrauterinamente. Se tomó RCTG el cual es reactivo. Hay discordancia entre el primer ultrasonograma y el segundo. Por la patología materna el producto pudiera presentar RCIU [4] No existe en estos momentos indicación de suspender el embarazo. Se comentó con médico adscrito al servicio, además la paciente comió y cenó. Se comentará con el jefe del servicio el día de mañana además de infectología y se decidirá conducta. Estable (firma el doctor Ruiz, médico residente de segundo año).

- 1 de marzo:

Se refiere asintomática, sin embargo, continúa en anasarca, micciones y evacuaciones aparentemente normales. Tiene presión arterial de 200/ 130, frecuencia cardiaca, 88 por minuto... en este momento sin actividad uterina, frecuencia de foco fetal, 152 por minuto. Se manejaron 10 mg de Nifedipina sublingual, a los 15 minutos tiene 150/100, se tomará presión arterial cada cuatro horas y se anotará para valorar su evolución (firma: doctora Rojas, médico residente de segundo año).

- 5 de marzo:

Refiere que en la madrugada del día de hoy presentó salida de abundante líquido transvaginal claro y que posteriormente inició con dolor tipo cólico en hipogastrio, de intensidad moderada, que se irradiaba a la región lumbosacra. Al tacto vaginal cérvix central, permeable a un dedo en todo su trayecto, blando, producto cefálico, abocado, se rechaza fácilmente, no se puede valorar si existen membranas ya que la paciente coopera poco. Se comentará con el jefe de piso para valorar la conducta a seguir (firma: doctora Rojas, médico residente de segundo año).

10:00 hrs:

Se valora paciente, la cual inicia con actividad uterina desde la madrugada de hoy, presenta actualmente dos a tres contracciones en 10 minutos, de 30 a 50 segundos, de buena intensidad, sin pérdidas transvaginales, no refiere datos de vasoespasmo, edema generalizado+, palidez de tegumentos++, tacto vaginal: cérvix blando, posterior, cuatro centímetros de dilatación, 90% de borramiento. Se deja a evolución espontánea para atención de parto (firma ilegible).

19:00 horas, nota posparto:

Se obtiene por parto pretérmino de 36 semanas de gestación, producto del sexo femenino con peso de 1,200 gramos, talla 38 cm. Se atiende en cuarto de la paciente bajo cuidados universales. El producto obtiene un apgar de 8.8, se pasa a neonatología (nombres: doctor Ruiz, doctor Oñate, y doctor Barriga, médicos adscritos, doctora Rojas, médico residente, y doctor Yáñez, interno de pregrado).

- 6 de marzo:

Abdomen con útero a nivel de cicatriz umbilical, duro, contraído, loquios normales y continúa en anasarca. Se solicitará interconsulta a medicina interna para seguir

valorando su estado metabólico (firma: doctora Rojas, médico residente de segundo año).

Nota poshemoglucoest:

[...] reporta una glicemia capilar de 100 miligramos por decilitro. Se encuentra consciente, tranquila, con buena evolución de puerperio (nombre: doctor Velázquez Lozano, interno de pregrado).

- 7 de marzo:

Refiere que por la noche presentó vómito en dos ocasiones, por lo cual fue necesaria la aplicación de medicamentos parenterales sin especificar. Abdomen blando, no doloroso, útero en involución, loquios normales escasos(firma: doctor Barriga, médico residente de primer año).

Nota de alta, 16:00 hrs:

Con diagnóstico de ingreso de embarazo de 35 semanas, diabetes mellitus leve, probable insuficiencia renal crónica; en su estancia se conoce el VIH positivo, se atiende parto en su cuarto obteniendo producto masculino (sic), único, vivo y potencialmente infectado que pasa a cuneros. Se da de alta por mejoría, citándola a los servicios de infectología, endocrinología y cardiología (nombre: doctor Rodríguez, médico adscrito).

- 8 de marzo:

Paciente en puerperio fisiológico. Refiere presentar dolor faríngeo, así como náusea y vómito en cuatro ocasiones desde la madrugada, micciones y evacuaciones normales... útero en involución, loquios normales, extremidades con edema +++, continúa en anasarca, fue egresada del servicio ya que se atendió su problema obstétrico y será enviada a servicio de medicina interna para continuar con su manejo de infectología (firma: doctora Rojas, médico residente de segundo año).

18:30 hrs:

Cursa actualmente con puerperio fisiológico, por lo que su problema ginecológico ha quedado resuelto. Se envía a cuarto piso para manejo con infectología por indicación del doctor L. (nombres: doctor Leyva, médico adscrito; doctores Marroquín, Herrejón, Lacouture y Barriga, médicos residentes de tercero, segundo y primer años, respectivamente).

- 11 de marzo, 17:00 horas:

[...] se intenta pasar a quirófano para hacer revisión de canal vaginal y realizar procedimiento quirúrgico de ser necesario, pero ya que no contamos con medios necesarios para protección del personal, se difiere la revisión y se pasará mañana por la mañana, en que se disponga de todo lo necesario (nombres: doctor Castillo, médico

adscrito, y doctora Rojas, médico residente de segundo año; firma: doctor Ruiz, médico residente de tercer año).

- 12 de marzo, 11:00 horas:

Dado el estado de la paciente, se difiere salpingoclasia y se indica aplicación de dispositivo intrauterino previo ultrasonograma ginecobstétrico para descartar retención de restos placentarios (firma: doctor Leyva, médico adscrito. Nombres: doctores Guerra y Meléndez, médicos residentes de tercero y primer años, respectivamente).

ii) Medicina interna

- 26 de febrero, 23:30 horas:

Se encuentra consciente, orientada, con palidez de tegumentos, fascies de nefrópata, en anasarca. Presión arterial 140/100, tiene edema palpebral, genitales externos edematizados, extremidades con edema que abarca la totalidad de los mismos. Tiene el antecedente y la clínica para que curse con una nefropatía diabética. Considero que el tratamiento debe ser conservador, por su problema de fondo infeccioso, falta de recursos económicos y apoyo familiar que es nulo, así como su embarazo. Se solicitan biometría hemática, química sanguínea, general de orina, electrolitos séricos. Requerirá valoración por parte de nefrología e infectología. Requiere manejo de infectocontagiosa (firma: doctor Montaña García, médico residente de primer año de medicina interna).

- 9 de marzo, 20:00 horas, nota de ingreso a cuarto piso:

Fue subida a cuarto piso sin previa valoración de medicina interna... En estos momentos se le toma hemoglucotest reportando 200 miligramos por decilitro, presión arterial 150/90. Se solicitará biometría hemática, química sanguínea, electrolitos séricos, examen general de orina, glucemia en ayunas (firma: doctor Nieves, médico residente de medicina interna).

En la historia clínica del 9 de marzo, elaborada por el médico interno de pregrado, se señala entre los antecedentes ginecobstétricos:

Hace dos años, al tercer mes de gestación y tras la ingesta de hipoglucemiantes presentó sangrado transvaginal, culminando en aborto incompleto, se le realizó legrado por empírica. A la exploración física se refiere loquios abundantes y fétidos.

- 11 de marzo, 12:00 horas:

[...] se encuentra en puerperio inmediato por haber presentado su parto el 5 del presente. Nos sumamos al planteamiento de que es difícil ayudarle positivamente con alguna terapéutica por lo complejo de sus problemas y sobre todo por la falta de recursos económicos. Se intentará al menos transfundirle sangre en paquete globular. Después de contar con la opinión de los ginecólogos se valorará su egreso (firmas: doctores Nieves, médico residente de medicina interna, y Juan Abraham, médico adscrito).

- 11 de marzo, 13:00 horas:

No hay sangre B positiva disponible en banco de sangre, se insistirá en cuanto haya disponible (nombres: doctores Nieves, médico residente de medicina interna de primer año, y Arreola, interno de pregrado).

Nota postransfusional:

Se transfundieron dos unidades de paquete globular de tipo B positivo en aproximadamente cuatro a cinco horas sin que hubiera habido algún incidente o accidente (nombre: L. González, interno de pregrado).

- 15 de marzo, nota de alta:

En esta ocasión la enferma permaneció 18 días internada en el hospital por presentar un embarazo de alto riesgo que se resolvió con parto eutócico el 5 de marzo de 1996, obteniéndose un producto femenino que por ahora resultó seropositivo, pero que habrá que checar en el futuro. La enferma sufre de diabetes mellitus tipo I de larga evolución, con nefropatía. Es VIH positiva, y además "retrasada mental", por lo que su manejo se dificulta importantemente. No ha sido posible convencerla de los riesgos que tienen sus diversos problemas (firmas: doctor Juan Abraham, médico adscrito, y doctor Nieves, médico residente de medicina interna).

iii) Endocrinología

- 27 de febrero, 9:10 hrs:

[...] diabética desde los 15 años de edad, mal controlada y ahora con manifestaciones neurovasculares localizadas en riñón y probablemente retina... sugiero continuar con la misma dosis de insulina y pedir interconsulta a nefrología e infectología (firma: doctor Campuzano, médico adscrito).

- 11 de marzo:

Hago hincapié en que el traslado no fue autorizado por medicina interna. La he visto ocasionalmente en los últimos 14 años; se aplicaba insulina y a partir de esa época la suspendió y durante siete años se controló con biguanidas en un principio y después con Metformin-clorpropamida, por lo tanto es diabética no insulino dependiente. En los últimos días sólo tiene indicada insulina rápida, ¿se ha aplicado? y las glucemias capilares han sido de 80 y la última de laboratorio de 51. No amerita hipoglicemiantes, sólo se debe vigilar con glucemias capilares cada 48 hrs. Desde este punto de vista no amerita el internamiento (firma ilegible).

- 14 de marzo:

[...] presión arterial 200/120 milímetros de mercurio, mayor edema, se le dan indicaciones dietéticas. Ya está el ultrasonido, verbalmente le informaron que era normal. No ha visto restos placentarios y en opinión del doctor Abraham el anticonceptivo que debe usar es

el condón ya que no aguanta la ligadura y con ésta o el DIU debe, si hay relaciones, emplearlo. La diabetes mellitus seguramente seguirá autocontrolada. La presión arterial requiere aumento de Nifedipina (firma ilegible).

- 15 de marzo, 7:10 hrs:

Continúa con importante edema, la glicemia de hoy fue de 80 miligramos por decilitro y su presión arterial 120/80. Han disminuido el volumen de sus sangrados transvaginales. Se vuelve a insistir en su conducta que debe seguir respecto a su problema del VIH, ya sea que siempre use preservativo o "de plano" haga abstinencia. Está enterada del tipo de alimentación que debe llevar para evitar que se descontrolen sus niveles de glicemia, como para que le aumenten las cifras arteriales (nombre: doctor Cervera, médico residente de medicina interna).

iv) Medicina preventiva

- 28 de febrero, 16.00 hrs:

Enterados de la paciente y ante el valor que tiene para ella tener a su bebé, sugerimos que el equipo médico considere la posibilidad de ministrar la Zidovudina como profiláctico para disminuir el riesgo de infección al bebé y que el embarazo continúe para que nazca por vía natural ya que la cirugía también aumenta el riesgo de infección para el mismo. Si se decide ministrar tratamiento nos comprometemos a darle el medicamento y también para el niño al nacer (hay dos firmas ilegibles).

v) Infectología

- 29 de febrero:

La paciente tiene embarazo de 36 semanas de evolución. Tiene factores de riesgo y es VIH positiva, sin manifestaciones clínicas de sida. Se solicitará determinación de CD4-CD8, y se justifica aun sin este resultado iniciar Zidovudina 100 miligramos cada ocho horas, porque está demostrado que sí puede prevenirse la infección por el VIH al producto. Requiere manejo estricto de paciente infectocontagioso. Está informada de la infección por el VIH, y acepta que se practique salpingoclasia que está bien justificado en su caso por los problemas múltiples de salud que tiene (firma: doctor A. Mejía. Nombre: doctora Guerrero).

- 11 de marzo:

Puerperio mediato de parto eutócico atendido en "su cama" (5-03-96), es portadora del VIH, diabetes mellitus, nefropatía, loquios abundantes hoy con salida de "restos placentarios", amerita revisión ginecobstétrica; requiere transfundirse, tiene hemoglobina, 5.5 gramos; óptimamente necesitamos conteo de CD4 para inicio de antiviral, va a ser difícil económicamente (firma: doctores Sosa, médico adscrito, y González, interno de pregrado).

- 12 de marzo:

Esperamos revisión de cavidad y programación de salpingoclasia. Se transfundirá de ser posible (firma: doctor Sosa, médico adscrito).

- 15 de marzo:

En condiciones de egreso, no hay infección oportunista actual, es difícil que tome sus medicamentos, cita en consulta externa de infectología el próximo miércoles (firma: doctor Sosa, médico adscrito).

vi) Nefrología

- 29 de febrero:

Enterado del "montón" de problemas que tiene esta enferma: diabetes mellitus, VIH y además nefropatía que la ha llevado a la insuficiencia renal crónica con 100 miligramos/100 de urea, creatinina de 3.7 mg/100 y con 8.8/100 de hemoglobina, en el examen general de orina se reporta proteinuria de rango nefrótico 5 gramos, con hematuria. Se encuentra en anasarca, se conoce hipertensa, aunque actualmente está bien controlada con 130/90 y tiene volúmenes urinarios aceptables. Únicamente sugiero practicar urocultivo y de acuerdo con el resultado decidir terapéutica... De momento no diálisis (firma: doctor Juan Abraham, médico adscrito).

vii) Psiquiatría

- 15 de marzo, 9:00 horas:

Habrá que agregar a la lista de diagnósticos de esta paciente uno más, crónico e incurable, la paciente es deficiente mental, por lo tanto es refractaria al abordaje psicoterapéutico. No tiene conciencia de enfermedad, de ninguna (diabetes mellitus, VIH, nefropatía, etcétera). Se intentará convencerla de la necesidad de salpingoclasia (nombre: doctora A.V.C.).

viii) Trabajo Social

- 22 de marzo:

[...] la paciente es conocida por su diagnóstico del VIH positivo, diabética, por lo que se alarga su estancia hospitalaria. Trabajo Social gestiona los medicamentos que necesita. El día de hoy se da de alta con una cuenta de \$2,169.00, por lo que, conociendo el caso se turna a jefatura de Trabajo Social para su resolución (firma: PTS Iraís Yunuén Rangel Durán. Vo. Bo., trabajadora social Blanca, apellido ilegible).

4. Certificado de defunción

En el Certificado de defunción expedido por el doctor Abel Moreno Ramos se menciona como fecha del fallecimiento el 25 de abril de 1996; como causas de la defunción "insuficiencia renal aguda... consecutiva a isquemia renal"; autoridad que ordenó la necropsia: Ministerio Público.

III. OBSERVACIONES

Esta Comisión Nacional comprobó anomalías que serán señaladas en esta parte del documento y que constituyen violaciones a los Derechos Humanos de la paciente AMP y de los ordenamientos legales e instrumentos internacionales que en cada caso se indican.

a) Sobre el informe del Director del hospital

En el informe referido en la evidencia 1, el Director señala que la señora AMP estuvo internada del 7 al 22 de noviembre de 1995, entre otras causas, por un embarazo de alto riesgo, y que "abortó fuera del hospital... Reingresó el 26 de febrero del año en curso [1996] con: [...] Embarazo de 35 semanas..."

Lo dicho por el Director es incorrecto y confuso, ya que el aborto a que se refiere correspondió a un embarazo anterior (evidencia 3, inciso ii).

b) Sobre la insuficiencia renal

Durante el primer internamiento de la paciente, su presión arterial se encontraba dentro de los límites normales, pero tenía 81 mg de urea en sangre (cifras altas) (evidencia 2, inciso ii) y presentaba edema palpebral bilateral (acumulación anormal de líquido en el tejido de los párpados que provoca tumefacción), (evidencia 2, inciso iv).

Por otra parte, en la nota del 19 de noviembre de 1995 se solicitaron exámenes de química sanguínea y de electrolitos para determinar el tratamiento a seguir (evidencia 2, inciso iv); sin embargo, ese mismo día la señora AMP fue dada de alta sin que se le proporcionaran indicaciones sobre dicho tratamiento.

Al reingreso de la paciente, sus cifras de presión arterial eran altas: 230/110, 150/100, 140/100 milímetros de mercurio; presentaba cefalea, mareos, fosfenos (sensaciones visuales luminosas), acúfenos (zumbidos en los oídos) y estaba en anasarca (hinchazón generalizada del cuerpo por aumento de agua contenida en los tejidos) (evidencias 3, inciso i); no obstante, no constan en el expediente indicaciones médicas para la administración de antihipertensivos ni diuréticos, ni para que el servicio de enfermería efectuara un registro riguroso de la paciente en cuanto a peso corporal, signos vitales y control estricto de líquidos; solamente hay una nota en la que se indica la administración de dosis única de Nifedipina sublingual (que disminuye rápidamente la presión arterial) (evidencia 3, inciso i).

De igual manera, se dio de alta a la paciente sin precisar el diagnóstico nefrológico ni establecer tratamiento, pese a que en la nota de interconsulta, el nefrólogo sugirió practicar urocultivo para decidir la terapéutica necesaria (evidencia 3, inciso vi), sin que en el expediente obren constancias de que se haya realizado dicho examen.

c) Sobre la atención ginecobstétrica

i) Se advierte una contradicción entre la nota de medicina preventiva, del 10 de noviembre de 1995 (evidencia 2, inciso iii), y la de ginecología del 13 de noviembre del mismo año (evidencia 2, inciso), ya que en la primera se sugiere no comentar nada a la paciente sobre el VIH, y en la segunda se le pide a ésta que acuda sus familiares para continuar seguimiento de contactos.

De lo anterior se deduce que no hay coordinación entre los diferentes servicios del hospital.

ii) En la nota de ingreso a Urgencias de ginecología, del 26 de febrero de 1996, se señala como diagnóstico probable "ruptura prematura de membranas de 14 horas de evolución" (evidencia 3, inciso i). En casos como éste, lo indicado es corroborar el diagnóstico y manejarlo con inducto-conducción del trabajo de parto o cirugía cesárea, a fin de evitar la infección amniótica, entre otras complicaciones; sin embargo, y a pesar de que el 28 de febrero el médico residente señaló la posibilidad de suspender el embarazo, no fue sino hasta el 5 de marzo que tomó una decisión, y ésta consistió en "dejar a evolución espontánea para atención de parto", el cual tuvo lugar ese mismo día (evidencia 3, inciso i).

Sobre el particular, debe tenerse presente que la gestación normal produce complejas alteraciones metabólicas que complican el control de la diabetes y pueden comprometer al feto; una de las complicaciones es la inmunodepresión de la paciente y, por tanto, el peligro de infección por microorganismos oportunistas; es decir, el riesgo para la señora AMP y su hijo era mayor que para las mujeres no diabéticas y requería que su parto se atendiera bajo condiciones estrictas de asepsia; estas condiciones solamente se pueden garantizar en la sala de expulsión; sin embargo, el parto fue atendido en la habitación de la paciente (evidencia 3, inciso i).

iii) El 27 de febrero de 1996 se señala que "no hay datos clínicos de edema y está con anasarca moderada" (evidencia 3, inciso i). Esta nota incluye una grave contradicción, puesto que no es posible que una persona presente una anasarca que es un edema generalizado y al mismo tiempo no tenga datos clínicos de edema.

Además de la ignorancia alarmante que se observa en la nota antes referida, cabe señalar que resulta igualmente preocupante que ella no haya sido revisada por el médico adscrito, ya que sólo aparece la firma del residente de segundo año.

iv) El 7 de marzo, el residente de primer año de ginecología señaló que la paciente presentó vómito en dos ocasiones y le aplicó medicamentos parenterales (evidencia 3, inciso i), pero no hace referencia a la nota del endocrinólogo del 10 de noviembre de 1995, en la que indica que el vómito puede deberse a hipoglucemia (evidencia 2, inciso iv). Ese mismo día, 7 de marzo de 1996, se dio de alta a la señora AMP del servicio de ginecología "por mejoría" y al día siguiente se mencionó que "...fue egresada del servicio ya que se atendió su problema obstétrico" (evidencia 3, inciso i); sin embargo, en la historia clínica elaborada el 9 de marzo de 1996 en el servicio de medicina interna, se señaló la presencia de loquios abundantes y fétidos (secreción transvaginal con signos de infección) (evidencia 3, inciso ii).

v) Asimismo, el 11 de marzo, el servicio de infectología señaló lo siguiente: "loquios abundantes hoy con salida de "restos placentarios", amerita revisión obstétrica" (evidencia 3, inciso iv). No obstante lo anterior, no se realizó la revisión de cavidad uterina, según la nota médica del servicio de ginecología, "porque no contamos con medios necesarios para protección del personal..." (evidencia 3, inciso i), es decir que, al parecer, en la institución no había los elementos necesarios para poder tomar las precauciones universales tendientes a evitar la transmisión de la infección en el personal.

Finalmente, cabe resaltar que de acuerdo con las notas médicas, la atención en el servicio de ginecología la llevaron a cabo fundamentalmente médicos residentes e internos de pregrado (alumnos), ya que ellos elaboraron la mayoría de dichas notas. Las notas médicas de ginecología no aparecen firmadas por el médico adscrito al servicio, lo que sugiere que en el caso de que se trata, no hubo la debida supervisión del trabajo de los alumnos por parte de los médicos adscritos (tutores) (evidencias 2 y 3), lo que se tradujo en evidentes complicaciones para la paciente.

d) Sobre la infección por el VIH

El 10 de noviembre de 1995, el laboratorio clínico del hospital, con un solo resultado de prueba de tamizaje positivo y sin prueba confirmatoria, reportó a la señora AMP como seropositiva al VIH (evidencia 2, inciso ii), sin que en el expediente se encuentre la nota en la que se fundamente el motivo de la solicitud formulada al laboratorio, ni de que se haya proporcionado información a la paciente acerca del objetivo del estudio y de sus probables resultados.

En el segundo ingreso, el 27 de febrero de 1996, bajo el criterio diagnóstico de infección por el VIH, el servicio de medicina preventiva sugirió la ministración de Ziduvina a la señora AMP para prevenir la infección en su producto (evidencia 3, inciso iv); además, el 29 de febrero el servicio de infectología señaló que se justificaba el uso del antiviral por la misma razón (evidencia 3, inciso v); sin embargo, no se le administró dicho medicamento sin que consten en las notas médicas las causas de tal decisión.

e) Sobre el estado nutricional de la paciente

En virtud de que la señora AMP padeció hiperemesis gravídica (vómitos persistentes) durante los primeros meses de su embarazo, había perdido aproximadamente 15 kilos de peso (evidencia 2, inciso i) y tenía alteraciones metabólicas producidas por el cuadro de diabetes mellitus (evidencias 2, inciso ii, y 3, inciso i), se puede concluir que tanto su estado nutricional y metabólico como el de su hijo eran deficientes; no obstante, no existen en el expediente especificaciones para la dieta de la paciente.

Por todo lo anteriormente expuesto se concluye que la señora AMP recibió una atención médica deficiente durante su estancia en el Hospital General "Dr. Miguel Silva", de Morelia. En consecuencia, los hechos señalados en las evidencias 2 y 3 son violatorios de los artículos 4o., párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que garantiza a todas las personas el derecho a la protección de la salud; 2o., párrafo segundo, de la Ley General de Salud, que establece que ese derecho tiene, entre otras finalidades, prolongar y mejorar la calidad de vida, y 48 del Reglamento de la

Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, que dispone que los usuarios tienen derecho a recibir prestaciones de calidad idónea; y a gozar de una atención profesional y éticamente responsable y de un trato digno y respetuoso.

Asimismo, los hechos referidos en la evidencia 3, inciso i, son violatorios del artículo 19, fracción II, del Reglamento antes citado, que señala como obligación del establecimiento prestador del servicio, la de vigilar que dentro del mismo se apliquen las medidas de seguridad e higiene necesarias para la "protección de la salud del personal expuesto por su ocupación".

Lo señalado en las evidencias 2, inciso iv, y 3, inciso i, permiten concluir que no se da capacitación a los internos de pregrado ni a los médicos residentes de ginecología y obstetricia, lo que transgrede 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, 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 deberán capacitar al personal a fin de sensibilizarlo y mejorar la atención de los pacientes con el VIH/Sida.

Los hechos referidos en la evidencia 3, inciso i, contravienen lo previsto por los artículos 1o., 2o., y 7o., de la Declaración Universal de 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.

Por lo expuesto, esta Comisión Nacional de Derechos Humanos se permite formular respetuosamente a usted, señor Gobernador, las siguientes:

IV. RECOMENDACIONES

PRIMERA. Instruya a quien corresponda para que provea lo necesario a fin de que se inicie una investigación administrativa respecto de la atención médica prestada a la señora AMP en el Hospital General "Dr. Miguel Silva", en Morelia, con objeto de determinar si existió o no responsabilidad de servidores públicos de ese nosocomio. Si se encuentran elementos suficientes para determinar que hubo responsabilidad administrativa, se apliquen las sanciones que correspondan, y si tales elementos conducen a presumir la existencia de hechos constitutivos de algún delito, imputables a alguno o a algunos servidores públicos del referido hospital, se dé vista al Ministerio Público.

SEGUNDA. Instruya al titular de los Servicios Coordinados de Salud en el Estado de Michoacán para que realice las acciones necesarias, tendentes a proporcionar al Hospital General "Dr. Miguel Silva" todos los recursos materiales que se requieran para atender la infección por el VIH y poner en práctica las medidas de precaución universalmente aceptadas con objeto de evitar la transmisión de dicha infección a los trabajadores del establecimiento, de modo que ese personal esté en aptitud de proporcionar a los pacientes una atención adecuada.

TERCERA. Instruya a quien corresponda a efecto de que se emita una circular que contenga instrucciones precisas para que se asegure que los médicos adscritos al Hospital General "Dr. Miguel Silva" supervisen adecuadamente el trabajo de los médicos residentes e internos y, en definitiva, se responsabilicen del servicio.

CUARTA. Ordene a quien corresponda que se agilicen las acciones tendentes a dar cumplimiento a las instrucciones dictadas por el doctor Roberto Tapia Conyer, Director General de Epidemiología, dependiente de la Subsecretaría de Servicios de Salud, a que se refiere el apartado G del capítulo Hechos.

En ningún caso podrá invocarse la presente Recomendación en contravención del orden jurídico nacional ni de los principios sustentados en la materia por los organismos internacionales de los que México es parte.

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

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 instrumentos indispensables en las sociedades democráticas y en los Estados de Derecho para lograr su fortalecimiento por medio de la legitimidad que, con su cumplimiento, adquieren autoridades y funcionarios ante la sociedad. Dicha legitimidad se robustecerá de manera progresiva cada vez que se consiga que aquéllas y éstos sometan su actuación a la norma jurídica y a los criterios de justicia que conlleva el respeto a los Derechos Humanos.

De conformidad con el artículo 46 de la Ley de la Comisión Nacional de Derechos Humanos, solicito a usted que la respuesta sobre la aceptación de esta Recomendación, en su caso, nos sea informada dentro del término de 15 días hábiles siguientes a esta notificación.

Igualmente, con el mismo fundamento jurídico, solicito a usted que, en su caso, las pruebas correspondientes al cumplimiento de la Recomendación se envíen a esta

Comisión Nacional dentro de un término de 15 días hábiles siguientes a la fecha en que se 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

1 Debido a que las Recomendaciones de la Comisión nacional de Derechos Humanos son de carácter público, en respeto a la confidencialidad de la paciente que se menciona en este caso, sólo se asientan las iniciales de su nombre; sin embargo y con independencia de los antecedentes que las autoridades tienen ya en su poder, se acompaña un anexo con el nombre completo para el conocimiento del destinatario de este documento.

2 Expulsión de producto son control ginecobtétrico.

3 Registro cardiográfico.

4 Retardo del crecimiento intrauterino