



Comisión Nacional de los Derechos Humanos México

SÍNTESIS: Con fecha 16 de mayo de 1996, esta Comisión Nacional recibió el escrito presentado por el señor Pedro Espinoza Loera ante la Procuraduría de los Derechos Humanos y Protección Ciudadana del Estado de Baja California, mismo que fue remitido por razones de competencia.

En el escrito de referencia el quejoso señaló presuntas violaciones a Derechos Humanos en agravio de su esposa, señora Lourdes Paredes Luna, consistentes en la posible negligencia en que incurrieron, al atenderla, los médicos del Hospital General de Tijuana, Baja California, dependiente de la Secretaría de Salud.

Del análisis de la documentación remitida, así como de la investigación realizada por este Organismo Nacional, se comprobó la existencia de diversas irregularidades, por lo que se concluyó que se acreditaron actos que producen violaciones a los Derechos Humanos de la agraviada.

Considerando que la conducta por parte de los servidores públicos es contraria a lo dispuesto en los artículos 4o., párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 23, 32, 33, 416 y 470 de la Ley General de Salud; 47, fracciones I y XXII, y 77 bis, in fine, de la Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos; 1915, 1916, 1927 y 2615 del Código Civil para el Distrito Federal en Materia Común y para toda la República en Materia Federal; 60 y 228 del Código Penal para el Distrito Federal en Materia de Fuero Común y para toda la República en Materia de Fuero Federal; 231, 235, 248 y 265 del Código de Procedimientos Penales del Estado de Baja California; 42 de la Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Baja California; 50, inciso F, de la Ley Orgánica del Poder Judicial; 44, párrafo primero, de la Ley de la Comisión Nacional de Derechos Humanos; 48, 91, 92 y 99 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, y 339 y 340 del Reglamento de la Ley General de Salud, en Materia de Control Sanitario de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos, esta Comisión Nacional emitió una Recomendación dirigida al Gobernador del Estado de Baja California, para que se sirva ordenar al Procurador General de Justicia de ese Estado a fin de que, en ejercicio de sus atribuciones, instruya a quien corresponda para que el órgano de control interno de la Procuraduría a su cargo inicie procedimientos de investigación por la probable responsabilidad en que hubiere incurrido el agente del Ministerio Público de la Agencia Receptora 200 de esa Institución, y los agentes del Ministerio Público titulares de la Agencia Especializada en Delitos contra la Seguridad, la Vida y la Salud de las Personas por las omisiones en que incurrieron; retire del archivo la averiguación previa 003682/96 y se remita a la Procuraduría General de la República, misma que deberá determinarla conforme a Derecho; y al jefe de Servicios Coordinados de Salud en el Estado de Baja California, para que se inicie la investigación correspondiente a fin de determinar la responsabilidad profesional en que hubieren incurrido los médicos que atendieron, en el Servicio de Ginecoobstetricia del Hospital General de Tijuana, Baja California, a la señora Lourdes Paredes Luna y, de ser el caso, dar vista a la Secretaría de Contraloría y Desarrollo Administrativo a efecto de que se apliquen las sanciones que conforme a

Derecho correspondan; dar vista al Ministerio Público de los hechos ocurridos para que se determine la probable responsabilidad penal en que haya incurrido el personal médico que atendió a la agraviada; se tramite a la brevedad el pago de la indemnización correspondiente a la familia Espinoza Paredes por la responsabilidad médica en que incurrió el personal del multicitado hospital; y se lleve a cabo una rigurosa inspección al Hospital General de Tijuana, Baja California, a fin de que se verifiquen las condiciones en las cuales opera actualmente el Servicio de Patología, a efecto de que, lo antes posible, se regularice el funcionamiento del mismo.

Recomendación 080/1997

México, D.F., 30 de agosto de 1997

Caso de la señora Lourdes Paredes Luna

Lic. Héctor Terán Terán,

Gobernador del Estado de Baja California,

Dr. Óscar del Real Mora,

Jefe de Servicios Coordinados de Salud del Estado de Baja California,

Tijuana, B.C.

Muy distinguidos señores:

La Comisión Nacional de Derechos Humanos, con fundamento 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 y 51 de la Ley de la Comisión Nacional de Derechos Humanos, ha procedido al examen de los elementos contenidos en el expediente CNDH/121/96/BC/3277, relacionados con el caso de la señora Lourdes Paredes Luna.

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

I. PRESENTACIÓN DE LA QUEJA

El 16 de mayo de 1996, esta Comisión Nacional recibió el escrito del 18 de marzo del año mencionado, presentado por el señor Pedro Espinoza Loera ante la Procuraduría de los Derechos Humanos y Protección Ciudadana del Estado de Baja California, mismo que fue remitido por razones de competencia. En dicho escrito el quejoso señaló presuntas violaciones a Derechos Humanos en agravio de su esposa, señora Lourdes Paredes Luna, consistentes en la posible negligencia en que incurrieron médicos del Hospital General de Tijuana, Baja California, dependiente de la Secretaría de Salud, al atender a la señora.

II. COMPETENCIA DE LA COMISIÓN NACIONAL DE DERECHOS HUMANOS

Este Organismo Nacional es competente para conocer del presente asunto en términos de lo dispuesto por los artículos 25 y 26 de la Ley de la Comisión Nacional de Derechos Humanos, así como en los numerales 16 y 17 de su Reglamento Interno.

Los presentes hechos se encuentran contemplados en las hipótesis de los artículos referidos, en virtud de que en la queja remitida por la Procuraduría de los Derechos Humanos y Protección Ciudadana del Estado de Baja California, y recibida el 17 de mayo de 1996 en esta Comisión Nacional, se hacen imputaciones a servidores públicos federales, como lo es el personal médico del hospital referido, de hechos que provocaron la muerte del bebé de la señora Lourdes Paredes Luna y que son, probablemente, constitutivos de responsabilidades administrativa y penal.

III. HECHOS

A. VERSIÓN DEL QUEJOSO

El señor Pedro Espinoza Loera manifestó que el 15 de marzo de 1996, su esposa, señora Lourdes Paredes Luna, ingresó al Hospital General de Tijuana, Baja California, dependiente de la Secretaría de Salud, en virtud de que presentaba síntomas de trabajo de parto; ahí estuvo en espera de atención médica durante siete horas, dando a luz a las 16:00 horas de ese día. Agregó que aun cuando ella vio que el niño había nacido vivo, antes de trasladarla a la sala de recuperación le dijeron que nació muerto; sin embargo, a él no se le comunicó el estado de salud de ninguno de los dos, a pesar de que permaneció todo el tiempo en el hospital, enterándose de lo sucedido por otro familiar a quien le dieron informes hasta el día siguiente. Además, señaló que hasta el 18 de marzo de 1996 no se les había entregado el cuerpo del recién nacido, ya que el médico aún no elaboraba el acta de defunción.

Por ello, el señor Espinoza Loera acudió a la Procuraduría de los Derechos Humanos y Protección Ciudadana del Estado de Baja California, a fin de que se investigara la muerte de su bebé, pues, a decir del mismo, contaba con pruebas de que había nacido vivo.

B. VERSIÓN DE LA SECRETARÍA DE SALUD

Mediante el oficio DAJ-304/96, del 22 de julio de 1996, el médico Cipriano Aguilar Aguayo, jefe de los Servicios Coordinados de Salud Pública en el Estado de Baja California, hizo llegar copia del expediente clínico de la agraviada y un informe de los hechos motivo de la queja, el cual se reproduce a continuación:

PRIMERO. Con fecha 15 del pasado mes de marzo de 1996, la quejosa ingresó en el Hospital General de Tijuana, B.C., a efecto de ser atendida en su trabajo de parto, resultado de embarazo de 40 semanas de gestación, siendo aproximadamente las 15:00 horas del mismo día. A la exploración física no se detectó frecuencia cardiotetal (FCF), diagnosticándose, por tanto, probable óbito. Dichos diagnósticos los realizaron las doctoras García y Valdez, así como las doctoras Aburto y Soto.

SEGUNDO. Siendo las 17:17 horas del mismo día, se produce [parto] distócico, obteniéndose producto único que no respiró ni lloró al nacer, del sexo femenino, con peso de 3 100 gramos, sin malformaciones aparentes, con circular de cordón ajustado al cuello y múltiples equimosis en cara y extremidades inferiores, por lo que se confirmó el diagnóstico de feto martinado realizado con anterioridad al parto. La atención en la expulsión del producto estuvo, asimismo, a cargo de los médicos García T., Valdez M. P., y las doctoras Aburto y Soto, así como M. P. Cárdenas.

TERCERO. Habiéndose realizado la evolución posparto de la paciente Paredes Luna en forma satisfactoria y sin mayores complicaciones, se requirió la entrega del cadáver del óbito a sus familiares. Dado que en todo este tiempo no se contaba con certificados de la defunción en las oficinas administrativas de la unidad hospitalaria, y tampoco podía entregarse el cuerpo sin tales documentos, lo que constituiría un delito y responsabilidad de los servidores públicos de dicho centro [de salud], existió una demora involuntaria de cuatro días posteriores a la fecha del parto, que fue el lapso que hubo de transcurrir para que fueran recibidos los certificados solicitados a la Jurisdicción Sanitaria Número II, con sede en esa misma ciudad, pero sin que haya existido en ningún momento negligencia o mala fe por parte de los empleados administrativos de ambas oficinas.

CUARTO. En lo referente a las condiciones de funcionamiento de las áreas refrigeradas para el depósito de los cadáveres, el Hospital General de Tijuana cuenta tan sólo con cuatro, de las cuales, debido al intenso uso, falta de presupuesto para su mejoramiento y mantenimiento, tres se hallan fuera de servicio o funcionan irregularmente, debiéndose por lo tanto agilizar, en la medida de lo posible, el trámite legal posdefunción de entrega de cadáveres a los deudos, en tanto se reparan dichas áreas disfuncionales (sic).

Por otra parte, por medio del oficio 3480, del 6 de agosto de 1997, el médico Adolfo Aceves Fernández, Director General del nosocomio antes citado, informó a esta Comisión Nacional que "los médicos que atendieron a la paciente Lourdes Paredes Luna, siendo los CC. doctores Raúl Domingo García Tirado y Alfonso Durazo Rentería..." (sic).

C. VERSIÓN DE LA PROCURADURÍA GENERAL DE JUSTICIA DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA

Por medio del oficio sin número, del 4 de junio de 1996, la licenciada Olga Minerva Castro Luque, Visitadora General de esa Procuraduría, remitió copia certificada de la

averiguación previa 003682/96, así como el informe que le rindió el licenciado Arturo Rayle Cárdenas, agente del Ministerio Público del Fuero Común adscrito a la Agencia Especializada en Delitos contra la Seguridad, la Vida y la Salud de las Personas, en los siguientes términos:

a) La averiguación previa número 3682/96 se radicó ante esta Agencia Especializada el 22 de marzo de 1996, en la cual se encontraba presentada la denuncia por la parte ofendida: Espinoza Lorea Pedro [sic], y se encontraba anexado un certificado de muerte fetal por insuficiencia útero-placentaria.

b) El 22 de marzo de 1996 se realizó el traslado de personal y la fe de producto fetal.

c) El 22 de marzo del año en curso se remitió un oficio al oficial del Registro Civil para que se procediera a levantar el acta de defunción del producto fetal de apellidos Espinoza Paredes.

d) El 22 de marzo de 1996 se giró un oficio a los CC. médicos legistas para que procedan a practicar la autopsia al producto fetal de apellidos Espinoza Paredes.

e) El 23 de marzo de 1996 se ordenó la investigación número 000607 a la Policía Judicial del Estado, II Sector.

f) El 1 de abril de 1996 se recibió en esta H. Representación Social el certificado de autopsia del producto de apellidos Espinoza Paredes, donde se estableció que la causa determinante de la muerte fue traumatismo craneoencefálico.

g) El 20 de mayo de 1996 se giraron oficios a los médicos de nombre Joaquín Corona Banderas y Mercedes Quiroz Prado para que comparezcan ante esta H. Representación Social a ratificar el certificado de autopsia del 23 de marzo de 1996, respecto del producto de apellidos Espinoza Paredes.

h) Que el 27 de mayo de 1996 se giro un oficio recordatorio a la Policía Judicial del Estado, II Sector, para que proceda a informar sobre los resultados de la investigación número 00607.

i) Que el 28 de mayo de 1996 comparecieron ante esta H. Representación Social los médicos Joaquín Corona Banderas y Mercedes Quiroz Prado a ratificar el certificado de autopsia realizado el 23 de marzo de 1996, respecto del producto de apellidos Espinoza Paredes (sic).

D. NARRATIVA SUMARIA

De las constancias que obran en el expediente CNDH/121/96/BC/3277, integrado por esta Comisión Nacional, se desprende lo siguiente:

a) Actuaciones de la Secretaría de Salud.

i) De acuerdo con los datos proporcionados por la citada Institución, el 15 de marzo de 1996 los médicos García Tirado, Valdez, Aburto y Soto, adscritos al Hospital General de Tijuana, Baja California, fueron los que elaboraron la "nota de ingreso" en los siguientes términos:

Ingresa paciente de 18 años de edad, secundigesta, que cursa con embarazo de 40 SDG por FUR, quien acude por iniciar con actividad uterina de 10 horas de evolución, caracterizado por dolor del hipogastrio, tipo cólico, moderado e intermitente, acompañado por dolor lumbar de intensidad moderada, y constante de una hora de evolución. Por lo que acude acompañada por un familiar a esta institución.

AHF: n[e]gados.

APNP: originaria de Sinaloa, radica en Tijuana desde hace siete meses. Estado civil: unión libre, escolaridad: primaria, ocupación: hogar, religión: católica. Habita casa de material, formada por una sola habitación, cuenta con todos los servicios, habitada por dos personas. Zoonosis (-).

Inmunizaciones completas. Niega todo tipo de toxicomanías.

APP: niega antecedentes quirúrgicos, transfusionales, traumáticos y alérgicos.

AGO: M: 15a T:14a P: 15a IVSA: 16a ritmo: 30x3 eumenorreica CS: 1 PAP: (-) MPF: (-). FUR: 10/06/95 FPP: 17/03/96. G:2 P:0 C:0 A:1 FUA: hace un año aproximadamente.

G:1 aborto espontáneo a los cuatro meses de amenorrea, atendido en IMSS, LUI.

G:2 control prenatal incompleto, con ingesta de vitamínicos, niega patologías durante el embarazo, niega ingesta de otro tipo de medicamentos. Refiere movimientos fetales al tercer mes.

Exploración física.

TA: 130/80 FC: 80 por minuto, FR: 22 por minuto, Temp. 36.2.

Paciente consciente, orientada, en buen estado general, ligeramente pálida, con buen estado de hidratación. Cardiopulmonar sin compromiso aparente, mamas turgentes. Abdomen globoso a expensas de útero grávido con FU a 33 centímetros por arriba del S. del pubis. Se palpa producto en posición longitudinal, dorso a la derecha, cefálico TV: se encuentra cérvix central blando, con siete centímetros de dilatación y 90% de borramiento.

FCF: no audible.

Extremidades sin edema. ROT

IDx: secundigesta/embarazo de 40 SDG por FUR/prob. óbito

Plan: atención del TP/vigilar AU/laboratorio: Bh, plaq. T y rH, TP y TPT (sic).

Además, indicaron ayuno, solución glucosada al 5% sin medicamentos y como medidas generales: vigilar frecuencia cardíaca fetal y altura uterina; solicitar al laboratorio frecuencia respiratoria, biometría hemática, plaquetas, tipo y RH sanguíneo, tiempo de protombina y parcial de tromboplastina.

ii) El mismo 15 de marzo de 1996 se elaboró la "hoja de atención del parto", en donde quedó registrado lo siguiente:

Gesta II, partos cero, cesáreas cero, abortos uno, fecha de última regla 10-06-95, 40 semanas de gestación, grupo sanguíneo y RH se ignoran. Vigilancia prenatal, sí.

Datos importantes de la gestación actual: antecedentes heredofamiliares, personales no patológicos y personales patológicos, negados.

Ingesta de polivitamínicos desde los siete meses.

La hora de ingreso se observa borrada.

Inicio de contracciones dolorosas a las 4:00 a.m., dos contracciones en 10 minutos, tono dos cruces.

Foco fetal y altura del útero: movimientos fetales, no; latidos fetales, cero por minuto; bolsa íntegra.

Dilatación y posición. Cuello uterino: dilatación cinco a seis centímetros; borramiento 80%; posición anterior; consistencia blanda.

Altura de la presentación: entre el primero y segundo plano de Hodge.

Impresión diagnóstica: embarazo de [borrado el número]. Semanas por fecha de última regla +.

Evolución del trabajo de parto.

Fecha: 15 de marzo. Hora 15:30.

Contracciones: tres por 10 minutos, tono de dos cruces.

Latidos fetales, cero. No audible con tococardiógrafo.

Altura de la presentación II.

Cuello uterino con borramiento del 80%, dilatación de seis a siete.

A las 16:00 horas. Contracciones tres en 10 minutos. Tono de dos cruces. Latido fetal cero, no audible con tococardiógrafo. Cuello uterino con borramiento del 80%, dilatación de siete a ocho.

Se pasa a la sala de expulsión.

Hora 17:17. Peso 3 100 gramos. Sexo femenino. Apgar de cero. Capurro de 39 semanas. Líquido amniótico meconial cuatro cruces. Placenta íntegra con tinte meconial. Sangrado aproximado de 300 cc. Circular de cordón ajustado al cuello.

Complicaciones: prolongación de episiotomía hacia cérvix, episiorrafia.

iii) En la "nota posparto" del 15 de marzo de 1996, elaborada a las 17:50 horas, se reportó:

Con borramiento y dilatación completa, con producto en tercer plano, cefálico, con paciente en sala de expulsión, en posición ginecológica, se realiza asepsia y antisepsia de genitales externos y colocación de campos estériles, se infiltra región de periné con xilocaina simple al 2%. Se realiza episiotomía media lateral. A las 17:17, mediante parto distócico, se obtiene producto único que no respiró ni lloró al nacer, de sexo femenino, con un peso de 3 100 gramos, Apgar de 0 [cero]; capurro de 39 semanas, sin malformaciones aparentes, con circular de condón ajustado al cuello, múltiples equimosis en cara y extremidades inferiores. Líquido amniótico meconial cuatro cruces espeso. A los tres minutos se obtiene placenta por mecanismo tipo Shultze, íntegra con tinte meconial, con peso de 600 gramos. Se realiza revisión de cavidad sin encontrar restos placentarios. Al revisar cérvix, vagina y periné, se encuentra prolongación de episio medio lateral hacia cérvix, terminando un centímetro por debajo de él, se sutura por planos sin complicaciones. Se da por terminado el acto.

Sangrado aproximado: 200 centímetros cúbicos.

IDX [Impresión diagnóstica]: puerperio patológico inmediato, complicado por óbito fetal.

Plan: oxitocicos, analgésicos, antibióticos.

Recabar lab.

Vigilar SRVT [sangrado transvaginal] e involución uetrina [uterina]. Pasa a piso (sic).

iv) El 19 de marzo de 1996, el médico Daniel Martínez Martínez, Subdirector del referido nosocomio en el turno de la tarde, expidió el certificado de muerte fetal, en el cual estableció los diagnósticos de insuficiencia útero-placentaria (materna) e interrupción de la circulación materno-fetal (materna).

b) Actuaciones de la Procuraduría General de Justicia del Estado de Baja California.

i) El 20 de marzo de 1996, el licenciado Eduardo Madrigal Díaz, agente del Ministerio Público en turno, adscrito a la Agencia Receptora 200 de esa Procuraduría, inició el acta

de averiguación previa 003682/96, con motivo de la denuncia de hechos presentada por el señor Pedro Espinoza Loera.

ii) Ese mismo día, el servidor público antes mencionado tomó declaración al denunciante.

iii) Mediante el oficio de remisión número 003222, del 20 de marzo de 1996, el representante social remitió el acta de averiguación previa citada al titular de la Agencia de Delitos contra la Seguridad, la Vida y la Salud de las Personas, a fin de que continuara con la integración de la misma.

iv) El 22 de marzo de 1996, el licenciado Arturo Rayle Cárdenas, agente del Ministerio Público de la Agencia de Delitos antes referida, recibió el acta 003682/96.

v) A las 14:00 horas de esa fecha, el representante social se constituyó en el Hospital General de Tijuana, Baja California, donde dio fe de tener a la vista el cuerpo de un producto fetal, del sexo femenino, en los siguientes términos:

[...] se encontraba en la sala de refrigeradores del mencionado nosocomio, envuelto en una sábana blanca (se dice sábanas azules) siendo de la siguiente media filiación: recién nacido, de una estatura aproximada de 30 centímetros, de tez morena, pelo negro, frente chica, cejas escasas, orejas grandes, ojos cafés, nariz chata, boca chica, labios delgados, mentón oval, el cuerpo aparentemente no presentaba huellas de violencia física en su persona; según informes del personal, el producto fetal nació muerto el 15 del mes y año en curso, y expidió el certificado médico el doctor Daniel Martínez Martínez con las causas probables del fallecimiento insuficiencia útero-placentaria, interrupción de la circulación materno-fetal; se hace mención de que el cuerpo del producto se encontraba en estado de descomposición... (sic).

vi) El 22 de marzo, el agente del Ministerio Público ordenó al personal del Servicio Médico Forense el levantamiento del producto fetal, así como el traslado del mismo para que se le practicara la necropsia correspondiente.

vii) Mediante el oficio 359, del 22 de marzo de 1996, el agente investigador solicitó al oficial del Registro Civil que levantara la conducente acta de defunción y que se la remitiera.

viii) A través del diverso 358, de esa misma fecha, el órgano investigador de delitos solicitó a los médicos legistas que practicaran la autopsia al producto.

ix) Por medio del oficio 000607, de la misma data, el representante social instruyó al comandante del II Sector de la Policía Judicial del Estado para que realizara la investigación.

x) El 1 de abril de 1996, el agente del Ministerio Público recibió el certificado de autopsia del 23 de marzo del año citado, signado por los médicos Joaquín Corona Banderas y Mercedes Quiroz Prado, en el cual asentaron, entre otras cosas, lo siguiente:

Reconocimiento exterior: cuerpo en estado de putrefacción parcial, lacerado y con cordón lugado de cinco centímetros.

Cavidad craneana: subpiel con gran hematoma frontal y occipital. Cráneo hematoma occipital. Meningoencefalo hemorrágico y en inicio de putrefacción.

[...]

Otros datos: luz traqueal seca.

Causa determinante de muerte: traumatismo craneoencefálico (sic).

xi) El 27 de mayo de 1996, el representante social envió un oficio recordatorio al comandante del II Sector de la Policía Judicial del Estado para que informara el resultado de la investigación 000607.

xii) El 28 del mes y año citados, los médicos Joaquín Corona Banderas y Mercedes Quiroz Prado comparecieron ante esa Representación Social a ratificar el certificado de defunción.

xiii) El 19 de agosto de 1997, el licenciado Ignacio Razo, agente del Ministerio Público de la Agencia Especializada en Delitos contra la Seguridad, la Vida y la Salud de las Personas, indicó que la indagatoria en comento se envió a reserva de trámite desde el 26 de mayo de 1996 y que, como él ingresó en abril de 1997 a dicha Agencia, apenas la iba a retomar para estudiarla y determinarla conforme a Derecho.

c) Actuaciones de la Procuraduría de los Derechos Humanos y Protección Ciudadana del Estado de Baja California.

i) El 18 de marzo de 1996, el Organismo de Defensa de los Derechos Humanos citado recibió la queja del señor Pedro Espinoza Loera.

ii) Ese día, personal de dicha Procuraduría, en compañía del quejoso, se constituyeron en las oficinas del Subdirector Médico del mencionado hospital, a fin de obtener mayores datos sobre la queja y solicitar que se agilizaran los trámites para la entrega del cadáver a los familiares y que se les permitiera verificar el estado del cuerpo. Al respecto, el referido personal consignó en la "relación de hechos" de esa fecha lo siguiente:

El cuerpo estaba en uno de los cajones refrigerados, el cual no tenía puerta y no funcionaba la refrigeración adecuadamente. El cuerpo estaba envuelto en una sábana y estaba junto a otros tres cuerpos pequeños en una esquina del cajón.

En las sábanas pudimos ver algunos gusanos que el mismo camillero Vladimir nos dijo se debía a la mala refrigeración y por el tiempo que tenían los cuerpos guardados.

En la sábana tenía adherida una etiqueta con la siguiente información: R/N Paredes Luna, óbito, 17:17, Fem. 3 100 KGS. 15/03/96.

Había otra etiqueta entre el cuerpo y la sábana que tenía los mismos datos anteriores. Observamos el cuerpo y la cara, los cuales se veían bien formados, con las características normales de un recién nacido (sic).

iii) El 19 de marzo de 1997, personal de la Procuraduría de los Derechos Humanos y Protección Ciudadana del Estado de Baja California se comunicó, vía telefónica, con el Director General del Hospital, médico José Luis Hernández Ávalos, para requerirle la agilización de la entrega del certificado de defunción; el personal referido se presentó al hospital en compañía del quejoso, donde el médico Daniel Martínez Martínez, Subdirector del mismo en el turno vespertino, les entregó dicho documento.

iv) El 20 de marzo de 1996, personal del Organismo de defensa de los Derechos Humanos orientó al señor Pedro Espinoza Loera para que iniciara una denuncia de hechos ante la Procuraduría General de Justicia del Estado de Baja California.

v) El 7 de mayo de 1997, por medio del oficio PDH/TIJ/693/96, la Procuraduría de los Derechos Humanos y Protección Ciudadana del Estado de Baja California remitió la queja a esta Comisión Nacional, en razón de que las autoridades señaladas como probables responsables eran de orden federal.

d) Actuaciones de la Comisión Nacional de Derechos Humanos.

i) El oficio 16632, del 23 de mayo de 1996, dirigido por este Organismo Nacional al licenciado José Raúl Anaya Bautista, Procurador General de Justicia del Estado de Baja California, para solicitarle un informe sobre los actos constitutivos de la queja y copia de la averiguación previa número 003682/96.

ii) Los oficios 16633, 19099 y 23089, del 23 de mayo, 17 de junio y 15 de julio de 1996, respectivamente, enviados por este Organismo Nacional al licenciado Rafael Domínguez Morfín, Director General de Asuntos Jurídicos de la Secretaría de Salud, para solicitarle, además del informe respectivo, una copia del expediente clínico de la señora Lourdes Paredes Luna.

iii) El dictamen médico del 16 de enero de 1997, emitido por personal profesional adscrito a la Coordinación de Servicios Periciales de este Organismo Nacional, en el cual se concluyó lo siguiente:

PRIMERA. Los médicos que participaron en la atención proporcionada a la señora Lourdes Paredes Luna, el 15 de marzo de 1996, incurrieron en responsabilidad profesional médica porque:

a) Ocultaron la causa de la muerte de la recién nacida, de apellidos Espinoza Paredes, alterando los datos consignados en el expediente clínico.

b) Existen elementos para establecer que la recién nacida estaba con vida al momento de su nacimiento.

SEGUNDA. La muerte de ésta fue secundaria a un traumatismo craneoencefálico derivado de maniobras inadecuadas para su extracción, mediante fórceps. Hecho que se infiere en virtud de las lesiones presentadas por la recién nacida y que no encuentran su justificación en los antecedentes materno-fetales.

TERCERA. El médico que extendió el certificado de defunción incurrió en responsabilidad al establecer causas de muerte que no fueron corroboradas en el estudio de necropsia.

CUARTA. Existió responsabilidad institucional, por parte del Hospital General de Tijuana, Baja California, al no contar con:

a) Formatos para la elaboración del certificado de defunción, lo cual provocó dilación en la entrega del cadáver.

b) Recursos materiales para la conservación y preservación de los cadáveres en el Servicio de Patología.

iv) El 19 de agosto de 1997, la visitadora adjunta encargada del trámite de la queja se comunicó con el licenciado Ignacio Razo, agente del Ministerio Público adscrito a la Agencia Especializada en Delitos contra la Seguridad, la Vida y la Salud de las Personas, de la Procuraduría General de Justicia de Baja California, a fin de solicitarle información sobre el estado que guardaba la averiguación previa 003682/96; al respecto, dicho servidor público indicó que la indagatoria en comento se envió a reserva de trámite desde el 26 de mayo de 1996, y que, como éste ingresó en abril de 1997 a dicha Agencia, apenas la iba a retomar para su estudio y determinarla conforme a Derecho.

IV. INTEGRACIÓN DE LA QUEJA

Con objeto de atender la queja interpuesta, este Organismo Nacional solicitó, mediante diversos oficios, a las autoridades probablemente responsables de violaciones a Derechos Humanos, que le rindieran un informe relacionado con los hechos motivo de la misma y le proporcionaran toda la documentación necesaria para determinar el seguimiento que a ésta se le daría.

En virtud de la naturaleza del caso, se requirió la intervención de la Coordinación de Servicios Periciales de esta Comisión Nacional para que emitiera la opinión médica correspondiente sobre la actuación de los médicos del Hospital General de Tijuana, Baja California, perteneciente a la Secretaría de Salud, que participaron en el mismo, emitiéndose el dictamen de mérito antes referido.

Finalmente, se solicitó a la Agencia Especializada en Delitos contra la Seguridad, la Vida y la Salud de las Personas, de la Procuraduría General de Justicia de Baja California, que comunicara el estado de integración en el que se encontraba la averiguación previa 003682/96.

V. EVIDENCIAS

1. El escrito de queja del señor Pedro Espinoza Loera, recibido en esta Comisión Nacional el 16 de mayo de 1996.
2. El oficio DAJ-304/96, del 22 de julio de 1996, suscrito por el médico Cipriano Aguilar Aguayo, jefe de los Servicios Coordinados de Salud Pública del Estado de Baja California, mediante el cual remitió un informe sobre los hechos y copia del expediente clínico de la señora Lourdes Paredes Luna; de este último destacan la "nota de ingreso", la "hoja de atención de parto" y la "nota posparto".
3. El oficio sin número, del 4 de junio de 1996, firmado por la licenciada Olga Minerva Castro Luque, Visitadora General de la Procuraduría General de Justicia del Estado de Baja California, por el que envió la copia certificada de la averiguación previa 003682/96 y el informe respectivo.
4. El dictamen médico, del 16 de enero de 1997, emitido por la Coordinación de Servicios Periciales de esta Comisión Nacional.
5. El oficio 3480, del 6 de agosto de 1997, a través del cual el médico Adolfo Aceves Fernández, Director General del Hospital General de Tijuana, Baja California, proporcionó los nombres de los médicos que atendieron a la señora Paredes Luna.
6. El acta circunstanciada del 19 de agosto de 1997, en la que la visitadora adjunta encargada del trámite de la queja asentó la información que el licenciado Ignacio Razo, agente del Ministerio Público adscrito a la Agencia Especializada en Delitos contra la Seguridad, la Vida y la Salud de las Personas, de la Procuraduría General de Justicia de Baja California, informó el estado de integración de la indagatoria en comento.

VI. OBSERVACIONES

Del análisis de los hechos y de las evidencias que obran en el expediente, esta Comisión Nacional considera lo siguiente:

- a) Los médicos Raúl Domingo García Tirado, Aburto, Soto, Arturo Rayle Cárdenas y Valdez, adscritos al Servicio de Ginecoobstetricia del Hospital General de Tijuana, Baja California, perteneciente a la Secretaría de Salud, incurrieron en responsabilidad al atender a la señora Lourdes Paredes Luna, de conformidad con el dictamen emitido por peritos médicos de este Organismo Nacional, en virtud de que:
 - i) Omitieron asentar en la "hoja de ingreso" los registros que se obtienen al utilizar el tococardiógrafo para percibir la frecuencia cardiaca fetal, lo que hace pensar que no hicieron uso de dicho instrumento al diagnosticar y anotar en la hoja mencionada "probable óbito".

ii) Las múltiples equimosis en la cara y extremidades inferiores del producto, reportadas en la "nota posparto", así como la existencia de una hemorragia meningoencefálica y de un gran hematoma localizado en las zonas frontal y occipital, determinadas en la necropsia, son lesiones vitales, es decir, que para manifestarse requieren tanto de circulación y coagulación sanguínea como de presión venosa y arterial adecuadas. Lo que, aunado a la positividad de las docimacias hidrostáticas pulmonares, determinada también en la necropsia, permiten inferir que el producto no sólo estaba vivo en el momento de su nacimiento, sino que lloró, quedando sin fundamento el reporte que los médicos referidos hicieron en la "nota posparto", a saber, que "se obtiene producto único que no respiró ni lloró al nacer" (sic).

iii) Además, dichos médicos dejaron sin registrar en la "hoja de atención de parto" datos como los de hemorragia, edema, respiración, temperatura, pulso, tensión arterial, signos vitales a las 15:30 y 16:00 horas, así como la posición y variedad del producto; en la referida hoja también se observa que la hora de ingreso fue borrada y que no se consigna el nombre ni la firma de quien la elaboró.

iv) Asimismo, el personal médico citado se abstuvo de monitorizar la frecuencia cardíaca fetal que hiciera posible establecer fehacientemente el diagnóstico de sufrimiento fetal agudo; sin embargo, la presencia de líquido amniótico meconial permite considerar la posibilidad de que el producto haya cursado con dicho sufrimiento.

v) Más aún, los médicos reportaron en la "nota posparto", por un lado, que el parto fue distócico, pero no establecieron las causas del mismo, y por otro, que el producto nació "con circular de cordón ajustado al cuello..."; sin embargo, la necropsia determinó que este hecho no fue la causa de la muerte, pues ésta fue producida por un traumatismo craneoencefálico. Al respecto, el dictamen emitido por peritos médicos de esta Comisión Nacional señaló que en el caso que nos ocupa, dicha circular sólo justificaría la presencia de líquido meconial.

vi) Ahora bien, los médicos involucrados no consignaron en la nota referida que utilizaron fórceps para la extracción del producto. No obstante, según el multicitado dictamen, es posible inferir que ese instrumento sí fue usado, en virtud de los siguientes indicadores:

-El parto se atendió hasta que la cabeza del producto estuvo al nivel del tercer plano de Hodge, o sea, al nivel de las espinas ciáticas, momento en el cual se encaja la cabeza y se puede aplicar dicho instrumento.

-Durante la necropsia se tuvieron a la vista hematomas en las regiones frontal y occipital, lo que permite establecer que estas lesiones, por su localización, fueron resultado de la compresión o traumatismo directo provocado por un objeto romo (fórceps).

-La determinación de que el parto fue distócico, como señalaron los médicos en la "nota posparto".

-La presencia de un desgarro, manifestado por los médicos en la nota referida como una prolongación de episiotomía medio lateral hacia cérvix, terminando un centímetro por debajo de él (refiriéndolo como un hallazgo al revisar el tracto genital). Cabe mencionar

que es en las primíparas en las que con mayor frecuencia éstos se presentan como complicación del uso de fórceps y que, en este caso, la paciente puede considerarse así, pues su primer embarazo terminó en aborto espontáneo a los cuatro meses de gestación.

-Aunado a lo anterior, en el presente caso no se desprenden otros elementos que pudieran justificar un antecedente patológico o traumático en la madre o en el producto que fundamentara la presencia de los hallazgos descritos (equimosis y hematomas), tanto en la "nota posparto" como en la necropsia; lo que permite establecer que éstos fueron producidos por un traumatismo directo sobre las regiones afectadas y que ocurrieron durante el parto.

-En consecuencia, se considera que las lesiones presentadas por el producto fueron yatrógenas, es decir, producidas por los médicos al efectuar inadecuadas maniobras durante el parto.

vii) En cuanto a la "nota posparto", el personal médico citado no sólo omitió consignar si la paciente contaba con una pelvis útil (descartando desproporción cefalopélvica), pues ésta es una de las indicaciones con que se debe contar para poder utilizar fórceps en la extracción del producto, sino que no registraron la presencia de los hematomas en la cabeza de la recién nacida ni explicaron el motivo por el cual se produjeron las equimosis en su cara y extremidades.

De lo expuesto hasta aquí, se determina que los datos consignados en el expediente clínico carecen de veracidad.

b) Por otra parte, los médicos tratantes y las autoridades del hospital referido incurrieron en responsabilidad administrativa al no hacer del conocimiento del Ministerio Público la presencia de lesiones y la muerte del producto, para que se determinara la causa de esta última, contraviniendo así el artículo 92 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, que a la letra dice: "En el caso de muerte violenta o presunta, vinculada a la comisión de hechos ilícitos, deberá darse aviso al Ministerio Público y se observarán las disposiciones legales y reglamentarias correspondientes".

c) De igual manera, el médico Daniel Martínez Martínez incurrió en responsabilidad administrativa al extender el certificado de defunción sin contar con el diagnóstico de certeza.

d) En otro orden de ideas, existió responsabilidad administrativa por parte de las autoridades del Hospital General de Tijuana, Baja California, perteneciente a la Secretaría de Salud, en virtud de que:

i) No contó con las formas para el certificado de defunción, provocando con ello que se retuviera el cuerpo del producto durante cuatro días, lo cual constituyó un acto negligente por parte de los Servicios de Salud Pública del Estado de Baja California, según el artículo 91 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, que señala:

Los certificados de defunción y muerte fetal serán expedidos, una vez comprobado el fallecimiento y determinadas sus causas por:

I. El médico con título legalmente expedido, que haya asistido al fallecimiento, atendido la última enfermedad, o haya llevado a efecto el control prenatal;

II. A falta de éste, por cualquier otro médico con título legalmente expedido, que haya conocido del caso y siempre que no se sospeche que el deceso se encuentre vinculado a la comisión de hechos ilícitos, y

III. Las demás personas autorizadas por la autoridad sanitaria competente.

Los certificados a que se refiere este artículo, se extenderán en los modelos aprobados por la Secretaría...

ii) Dicho hospital contravino el artículo 339 del título de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos de la Ley General de Salud, que afirma: "Los cadáveres deberán inhumarse, incinerarse o embalsamarse entre las 12 y 48 horas siguientes a la muerte, salvo autorización específica de la autoridad sanitaria competente o por disposición del Ministerio Público o de la autoridad judicial".

iii) El Servicio de Patología de dicho nosocomio no tiene en perfectas condiciones los elementos materiales para su correcto funcionamiento, como son las gavetas de refrigeración, ocasionando con ello riesgos para el personal y deterioro de los cadáveres, según lo manifestó el asesor de la Procuraduría de los Derechos Humanos y Protección Ciudadana del Estado en la "relación de hechos" del 18 de marzo de 1996, al referir que:

El cuerpo estaba en uno de los cajones refrigerados, el cual no tenía puerta y no funcionaba la refrigeración adecuadamente. El cuerpo estaba envuelto en una sábana y estaba junto a otros tres cuerpos pequeños en una esquina del cajón.

En las sábanas pudimos ver algunos gusanos que el mismo camillero Vladimir nos dijo que se debía a la mala refrigeración y por el tiempo que tenían los cuerpos guardados (sic).

Lo anterior constituye un hecho que infringe el artículo 340 del título Sobre el Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos de la Ley General de Salud, el cual establece:

El depósito y manipulación de cadáveres, excluida la inhumación, deberán efectuarse en establecimientos que reúnan las condiciones sanitarias que fija la Secretaría de Salud en las autorizaciones respectivas.

La propia Secretaría de Salubridad determinará las técnicas y procedimientos que deberán aplicarse para la conservación de cadáveres.

En consecuencia, esta Comisión Nacional considera que con las omisiones, falta de pericia y negligencia de los médicos del Hospital General de Tijuana, Baja California, de la

Secretaría de Salud, se violaron los Derechos Humanos de la señora Lourdes Paredes Luna, toda vez que existió un evidente descuido en la atención médica requerida para la ejecución de las acciones que llevaron a cabo, así como de la prevención de sus consecuencias.

Las conductas de los médicos, citadas con anterioridad, conculcaron las siguientes disposiciones:

-Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos: "Artículo 4o. [...] Toda persona tiene derecho a la protección de la salud..."

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

[...]

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

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

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

[...]

Artículo 99. Los responsables de un hospital ginecoobstétrico tendrán la obligación de tomar las medidas necesarias para disminuir la morbilidad materno-infantil, acatando las recomendaciones que para el efecto dicten los comités nacionales respectivos.

Cabe señalar que, de acuerdo con el artículo 96 del Reglamento mencionado, un hospital ginecoobstétrico es: "Todo establecimiento médico especializado que tenga como fin la atención de las enfermedades del aparato genital femenino, del embarazo, el parto y el puerperio". Por ello, como el Hospital General de Tijuana, Baja California, brinda dicha atención, debe considerársele como tal. No obstante, la paciente no recibió allí una atención médica oportuna y de calidad, profesional y éticamente responsable, a pesar de que los médicos del nosocomio referido estaban obligados a proporcionarla, pues se entiende que ellos deben contar con una probada capacidad y experiencia en el ejercicio de su especialidad, toda vez que, como "hombres de ciencia", deben desempeñar su profesión con responsabilidad y cuidado, porque de ello depende la salud o la vida de las personas.

Además, dichos médicos tampoco cumplieron con lo previsto en la Ley General de Salud, cuando señala: "Artículo 33. Las actividades de atención médica son:

"[...]

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

[...]"

Asimismo, el personal que atendió a la señora Paredes Luna incurrió en responsabilidad administrativa al no cumplir diligentemente con la prestación del servicio a que estaban obligados y al haber sido omisos en la práctica de aquellos estudios que les hubieran permitido desarrollarlo en forma eficiente, según lo dispuesto por la Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos, que indica:

Artículo 47. Todo servidor público tendrá las siguientes obligaciones para salvaguardar la legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia que deben ser observadas en el desempeño de su empleo, cargo o comisión, y cuyo incumplimiento dará lugar al procedimiento y a las sanciones que correspondan, sin perjuicio de sus derechos laborales, así como de las normas específicas que al respecto rijan en el servicio de las fuerzas armadas:

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

Dicho personal también incurrió en responsabilidad profesional, en virtud de que su impericia y negligencia provocó la muerte del producto, de lo cual existen evidencias suficientes para presumir que cometieron un delito en el ejercicio de su profesión, que tendrá que ser investigado por la autoridad competente y, en su caso, la autoridad judicial resolverá la sanción penal que pudiera aplicársele, de conformidad con lo establecido en los artículos 60 y 228 del Código Penal para el Distrito Federal en Materia de Fuero Común y para toda la República en Materia de Fuero Federal.

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

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

[...]

Artículo 470. Siempre que en la comisión de cualquiera de los delitos previstos en este capítulo participe un servidor público que preste sus servicios en establecimientos de salud de cualquier dependencia o entidad pública y actúe en ejercicio o con motivo de sus funciones, además de las penas a que se haga acreedor por dicha comisión y sin perjuicio

de lo dispuesto en otras leyes, se le destituirá del cargo, empleo o comisión y se le inhabilitará para ocupar otro similar hasta por un tanto igual a la pena de prisión impuesta, a juicio de la autoridad judicial.

En caso de reincidencia la inhabilitación podrá ser definitiva.

Por ello, este Organismo Nacional considera que la Secretaría de Salud, a través de su personal médico, ocasionó un daño moral y material a la familia Espinoza Paredes, resultando factible la reparación del daño de acuerdo con lo establecido en el Código Civil de aplicación para toda la República en Materia Federal, el cual establece:

Artículo 1915. La reparación del daño debe consistir, a elección del ofendido, en el restablecimiento de la situación anterior, cuando ello sea posible, o en el pago de daños y perjuicios.

Cuando el daño se cause a las personas y produzca la muerte, incapacidad total o permanente, parcial permanente, total temporal o parcial temporal, el grado de la reparación se determinará atendiendo a lo dispuesto por la Ley Federal del Trabajo. Para calcular la indemnización que corresponda, se tomará como base el cuádruplo del salario mínimo diario más alto que esté en vigor en la región y se extenderá al número de días que para cada una de las incapacidades mencionadas señale la Ley Federal del Trabajo. En caso de muerte la indemnización corresponderá a los herederos de la víctima.

Los créditos por indemnización cuando la víctima fuere un asalariado son intransferibles y se cubrirán preferentemente en una sola exhibición, salvo convenio entre las partes.

[...]

Artículo 1916. Por daño moral se entiende la afectación que una persona sufre en sus sentimientos, afectos, creencias, decoro, honor, reputación, vida privada, configuración y aspectos físicos, o bien en la consideración que de sí misma tienen los demás.

Cuando un hecho u omisión ilícitos produzcan un daño moral, el responsable del mismo tendrá la obligación de repararlo mediante una indemnización en dinero, con independencia de que se haya causado daño material, tanto en responsabilidad contractual, como extracontractual. Igual obligación de reparar el daño moral tendrá quien incurra en responsabilidad objetiva conforme al artículo 1913, así como el Estado y sus funcionarios, conforme al artículo 1928, ambas disposiciones del presente Código.

La acción de reparación no es transmisible a terceros por actos entre vivos y sólo pasa a los herederos de la víctima cuando ésta haya intentado la acción en vida.

Asimismo, la Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos señala:

Artículo 77 bis. Cuando en el procedimiento administrativo disciplinario se haya determinado la responsabilidad del servidor público y que la falta administrativa haya causado daños y perjuicios a particulares, éstos podrán acudir a las dependencias, entidades o a la Secretaría de la Contraloría General de la Federación para que ellas

directamente reconozcan la responsabilidad de indemnizar la reparación del daño en cantidad líquida y, en consecuencia, ordenar el pago correspondiente, sin necesidad de que los particulares acudan a la instancia judicial o a cualquier otra.

Debido a lo anterior, y de conformidad con la Ley de la Comisión Nacional de Derechos Humanos, que a la letra dice:

Artículo 44. Concluida la investigación, el Visitador General formulará, en su caso, un proyecto de Recomendación o Acuerdo de No Responsabilidad en los cuales se analizarán los hechos, los argumentos y pruebas, así como los elementos de convicción y las diligencias practicadas, a fin de determinar si las autoridades o servidores han violado o no los Derechos Humanos de los afectados al haber incurrido en actos y omisiones ilegales, irrazonables, injustas, inadecuadas o erróneas, o hubiesen dejado sin respuesta las solicitudes presentadas por los interesados durante un periodo que exceda notoriamente los plazos fijados por las leyes.

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

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

Además, no escapa a este Organismo Nacional el hecho de que, aun cuando no hubo de por medio un contrato de prestación de servicios profesionales, en este caso sí existió el ejercicio de una profesión. En este sentido, son aplicables tanto la Ley de Profesiones como el Código Civil para el Distrito Federal en Materia Común y para toda la República en Materia Federal, pues, en ambos cuerpos normativos, una de las obligaciones principales del profesional es la de poner en práctica todos sus conocimientos científicos y recursos técnicos con el propósito de desempeñar de la mejor manera posible su trabajo, a fin de preservar la salud o recuperarla. En particular, el artículo 2615 del citado Código establece: "El que preste sus servicios profesionales sólo es responsable [...] por negligencia, impericia o dolo, sin perjuicio de las penas que merezca en caso de delito".

e) Ahora bien, de las copias certificadas de la averiguación previa 003682/96 se advirtió que el licenciado Eduardo Madrigal Díaz, agente del Ministerio Público en turno de la Agencia Receptora 200 de la Procuraduría de Justicia del Estado de Baja California, incidió en responsabilidad administrativa al omitir realizar las diligencias necesarias para determinar las causas de la muerte del producto inmediatamente después de que tuvo conocimiento de los hechos, contraviniendo así lo dispuesto en el Código de Procedimientos Penales del Estado de Baja California, en el cual se señala:

Artículo 231. Medidas a tomar durante la averiguación previa. Inmediatamente que el Ministerio Público tenga conocimiento de la probable existencia de un delito, dictará todas las medidas y providencias necesarias para proporcionar seguridad y auxilio a las

víctimas; impedir que se pierdan, destruyan o alteren las huellas o vestigios del hecho delictuoso, los instrumentos, cosas, objetos o efectos del mismo; determinar qué personas fueron testigos; evitar que el delito se siga cometiendo y, en general, impedir que se dificulte la averiguación, procediendo a la detención de los probables responsables en los casos de flagrante delito.

[...]

Artículo 235. Necesidad de la autopsia. Cuando se trate de delitos contra la vida, además de la inspección del cadáver que haga el Ministerio Público, los peritos médicos deberán practicar la autopsia del mismo, expresando con minuciosidad el estado que guarde el cadáver y las causas que originaron la muerte [...]

Solamente podrá dejarse de practicar la autopsia cuando tanto las autoridades correspondientes como los peritos estimen que no es necesario, o por considerarse que la muerte no se deba a un delito.

[...]

Artículo 248. Deber de preservar las huellas del delito. El Ministerio Público durante la averiguación previa deberá dictar las medidas pertinentes para preservar, en tanto se inspecciona o se aprecian por peritos, las huellas del delito.

f) Finalmente, en relación con la indagatoria en comento, en reserva de trámite a partir del 26 de mayo de 1996, los agentes del Ministerio Público titulares de la Agencia Especializada en Delitos contra la Seguridad, la Vida y la Salud de las Personas, de la Procuraduría General de Justicia de Baja California, incurrieron en responsabilidad administrativa al contravenir lo dispuesto en los ordenamientos siguientes:

-Código de Procedimientos Penales del Estado de Baja California:

Artículo 265. Reserva. Cuando a juicio del agente del Ministerio Público, de las diligencias practicadas no resulten elementos bastantes para hacer la consignación al juzgado, pero con posterioridad pudieran allegarse datos para proseguir la averiguación, dictará acuerdo de que se encuentre en trámite.

Las averiguaciones cuya reserva haya sido determinada por los agentes del Ministerio Público del conocimiento se revisarán periódicamente y de considerar que existe alguna diligencia por desahogar, ordenarán la práctica de dicha diligencia, como lo dispone la Ley Orgánica de la Procuraduría General de Justicia del Estado.

-Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado.

Artículo 42. Para salvaguardar la legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia que deban ser observados en el desempeño de su empleo, cargo o comisión, y cuyo incumplimiento dará lugar al procedimiento y a las sanciones que correspondan, según la naturaleza de la infracción en que se incurra, y sin perjuicio de sus derechos laborales, todos los servidores públicos tendrán las siguientes obligaciones:

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

Cabe señalar que tanto los servidores públicos de la Agencia Receptora 200, como los de la Agencia Especializada en Delitos contra la Seguridad, la Vida y la Salud de las Personas, de la Procuraduría General de Justicia de Baja California, incidieron en responsabilidad al conocer de hechos que no eran de su competencia, sino de la Procuraduría General de la República, en virtud de que el personal médico involucrado depende de la Secretaría de Salud, lo cual infringió lo dispuesto en el artículo 50, inciso f, de la Ley Orgánica del Poder Judicial, que a la letra dice: "Artículo 50. Los jueces federales penales conocerán:

"I. De los delitos del orden federal.

"Son delitos del orden federal:

"[...]

"f) Los cometidos por un funcionario o empleado federal, en ejercicio de sus funciones o con motivo de ellos".

VII. CONCLUSIONES

1. Por todo lo anterior, esta Comisión Nacional concluye que los médicos que atendieron a la señora Lourdes Paredes Luna en el Servicio de Ginecoobstetricia del Hospital General de Tijuana, Baja California, actuaron con negligencia e impericia, provocando con ello la muerte de su bebé.

2. De igual forma, se determina que los médicos tratantes y las autoridades del hospital incurrieron en responsabilidad administrativa al no dar aviso al Ministerio Público de la presencia de lesiones en el producto y de la muerte del mismo.

3. El médico Daniel Martínez Martínez incurrió en responsabilidad al extender el certificado de defunción, en el cual estableció causas de muerte que no fueron corroboradas en el estudio de necropsia.

4. Además, existió responsabilidad administrativa por parte de las autoridades del Hospital General de Tijuana, Baja California, al no contar con los formatos para la elaboración del protocolo de defunción ni con los recursos materiales en buenas condiciones para la conservación y preservación de los cadáveres en el Servicio de Patología.

5. Asimismo, el licenciado Eduardo Madrigal Díaz, agente del Ministerio Público en turno de la Agencia Receptora 200 de la Procuraduría de Justicia del Estado de Baja California, incurrió en responsabilidad administrativa al omitir realizar las diligencias necesarias para

determinar las causas de la muerte del producto inmediatamente después de haber recibido la denuncia de hechos correspondiente.

6. Finalmente, se determinó que hubo responsabilidad administrativa por parte de los agentes del Ministerio Público titulares de la Agencia Especializada en Delitos contra la Seguridad, la Vida y la Salud de las Personas, de la Procuraduría General de Justicia de Baja California, en virtud de que omitieron realizar las diligencias necesarias para determinar conforme a Derecho la indagatoria 003682/96.

Por lo anterior, esta Comisión Nacional formula respetuosamente a ustedes, señores Gobernador del Estado de Baja California y jefe de Servicios Coordinados de Salud del mismo Estado, las siguientes:

VIII. RECOMENDACIONES

A) Al Gobernador del Estado de Baja California:

PRIMERA. Se sirva ordenar al Procurador General de Justicia de ese Estado a fin de que, en ejercicio de sus atribuciones, instruya a quien corresponda para que el órgano de control interno de la Procuraduría a su cargo inicie procedimientos de investigación por la probable responsabilidad en que hubiere incurrido el licenciado Eduardo Madrigal Díaz, agente del Ministerio Público de la Agencia Receptora 200 de esa Institución, y los agentes del Ministerio Público titulares de la Agencia Especializada en Delitos contra la Seguridad, la Vida y la Salud de las Personas, por las omisiones en que incurrieron, las cuales se mencionaron en el capítulo Observaciones.

SEGUNDA. Se sirva instruir a quien corresponda para que se retire del archivo la averiguación previa 003682/96, y se remita a la Procuraduría General de la República, misma que deberá determinarla conforme a Derecho.

B) Al jefe de Servicios Coordinados de Salud en el Estado de Baja California:

TERCERA. Se sirva proveer lo necesario a fin de que, de acuerdo con la ley, se inicie la investigación correspondiente para determinar la responsabilidad profesional en que hubieren incurrido los médicos que el 15 de marzo de 1996 atendieron en el Servicio de Ginecoobstetricia del Hospital General de Tijuana, Baja California, a la señora Lourdes Paredes Luna y, de ser el caso, dar vista a la Secretaría de Contraloría y Desarrollo Administrativo, a efecto de que se apliquen las sanciones que correspondan conforme a Derecho.

CUARTA. Se sirva dar vista al Ministerio Público de los hechos ocurridos para que se determine la probable responsabilidad penal en que haya incurrido el personal médico que atendió a la señora Lourdes Paredes Luna.

QUINTA. Se sirva enviar sus instrucciones a quien corresponda a efecto de que se tramite, a la brevedad, el pago de indemnización correspondiente a la familia Espinoza

Paredes, por la responsabilidad médica en que incurrió el personal del multicitado hospital, de acuerdo con los ordenamientos señalados en este documento.

SEXTA. Se sirva ordenar a quien corresponda que lleve a cabo una rigurosa inspección al Hospital General de Tijuana, Baja California, a fin de que se verifiquen las condiciones en las cuales opera actualmente el Servicio de Patología, a efecto de que, lo antes posible, se regularice el funcionamiento del mismo.

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

Las Recomendaciones de la Comisión Nacional de Derechos Humanos no pretenden, en modo alguno, desacreditar a las instituciones ni constituyen una afrenta o agravio a las mismas o a sus titulares, 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 autoridades y servidores públicos ante la sociedad. Dicha legitimidad se fortalecerá de manera progresiva cada vez que se logra que aquéllas y éstos sometan su actuación a la norma jurídica y a los criterios de justicia que conlleva el respeto a los Derechos Humanos.

De conformidad con el artículo 46, segundo párrafo, 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 remitida 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 dentro de un término de 15 días hábiles siguientes a la fecha en que haya concluido el plazo para informar sobre la aceptación de la misma.

La falta de presentación de 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