Recomendación: 20/2009

Expedientes de queja:

CDHDF/122/07/GAM/P1187-IV:
CDHDF/122/07/IZTP/P5821-II
CDHDF/II/121/IZTP/08/P0267
CDHDF/II/121/GAM/08/P0492
CDHDF/II/122/GAM/08/P0539
CDHDF/II/121/IZTP/08/P2081
CDHDF/II/122/XOCH/08/P2244
CDHDF/II/121/GAM/08/P3979
CDHDF/II/121/GAM/08/P6572
CDHDF/II/121/GAM/08/P7157

Peticionarias y Peticionarios:
- Mamá del agraviado A.
- Esposa del agraviado B.
- Hermano del agraviado C.
- Mamá del agraviado D.
- Mamá del agraviado E.
- Hermana del agraviado F.
- Hija del agraviado G.
- Esposa del Agraviado H
- Agraviado I.
- Hermana del agraviado J.

Personas agraviadas:

- **Agraviado A.**
- **Agraviado B.**
- **Agraviado C.**
- **Agraviado D.**
- **Agraviado E.**
- **Agraviado F.**
- **Agraviado G.**
- **Agraviado H.**
- **Agraviado I.**
- **Agraviado J.**

Autoridad responsable: **Secretaría de Salud del Distrito Federal.**

Caso: **Negligencia médica y deficiencias en la disponibilidad de personal y de recursos materiales en la atención de personas privadas de la libertad en centros de reclusión y hospitales de la ciudad.**

Derechos humanos violados:

I. Derecho a la vida por negligencia médica.
II. Derecho a la salud:
- **a) Negligencia médica.**
- **b) Deficiencias en la disponibilidad de recursos materiales y disponibilidad de personal médico.**
- **c) Inadecuada integración del expediente clínico de atención médica.**

III. Derecho a la integridad personal:
- **a) Tratos crueles, inhumanos y degradantes.**

Cuadro sobre los datos generales de esta Recomendación:

Peticionarias y peticionarios	**Agraviadas y agraviados**	**No. de Expediente**	**Fecha en que se promovió la queja**	**Hechos violatorios**
Madre del agraviado A.	Agraviado A (hombre de 25 años de edad que fallece).	P1187-IV	28 de febrero de 2007	Interno del Reclusorio Preventivo Varonil Norte que por un inadecuado manejo de su padecimiento, fallece de hipertensión intercraneal.
Esposa del agraviado B.	Agraviado B (hombre de 34 años que fallece).	P5821-II	10 de octubre de 2007	Interno en el Reclusorio Preventivo Varonil Oriente que fallece por causa de trombocitopenia diagnosticada y atendida de forma inoportuna.
Hermano del agraviado C.	Agraviado C (hombre de 18 años que fallece).	P0267-II	17 de enero de 2008	Interno del Reclusorio Preventivo Varonil Oriente que fallece por congestión visceral, derivada

				de un retardo en el tratamiento de su padecimiento.
Madre del agraviado D.	Agraviado D (hombre de 35 años que fallece).	P0492	29 de enero de 2008	Interno en el Reclusorio Preventivo Varonil Oriente que al no ser atendido de forma oportuna, fallece de cuadro séptico no traumático.
Madre del agraviado E.	Agraviado E (hombre de 37 años que fallece).	P0539	30 de enero de 2008	Interno en el Reclusorio Preventivo Varonil Norte a quien se diagnostica de manera inoportuna VIH-SIDA y existe retardo en el tratamiento.
Hermana del agraviado F.	Agraviado F (hombre de 32 años de edad que fallece).	P2081	17 de abril de 2008	Interno en el Reclusorio Preventivo Varonil Oriente que muere por estallamiento de vísceras, no detectado de forma oportuna.
Hija del agraviado G	Agraviado G (hombre de 62 años que fallece).	P2244	25 de abril de 2008	Interno en el Reclusorio Preventivo Varonil Sur quien fallece por infarto agudo en el miocardio, no atendido de forma adecuada ni oportuna.
Esposa de agraviado H.	Agraviado H (hombre de 51 años que fallece).	P3979	16 de julio de 2008	Interno en el Reclusorio Preventivo Varonil Norte que fallece a causa del inadecuado manejo de una enfermedad pulmonar obstructiva

				crónica.
El mismo agraviado I.	Agraviado K (hombre de 27 años que fallece).	P6572	5 de noviembre de 2008	Interno del Reclusorio Preventivo Varonil Norte a quien se diagnostica de manera inoportuna VIH-SIDA.
Hermana del agraviado J.	Agraviado L (hombre de 26 años que fallece).	P7157	1 de diciembre de 2008	Interno en el Reclusorio Preventivo Varonil Norte quien fallece de cuadro séptico no traumático, pero durante su atención no se contó con los insumos necesarios para garantizarla.

Dr. Armando Ahued Ortega
Secretario de Salud del Distrito Federal

En la Ciudad de México, Distrito Federal, a 11 de septiembre de 2009, una vez concluida la investigación de los hechos que motivaron los expedientes de queja citados al rubro, la Segunda y Cuarta Visitaduría General de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF) formularon esta Recomendación, aprobada por el suscrito, en términos de lo establecido por los artículos 3, 6 y 17 fracciones I, II y IV; 22, fracción XVI, 24 fracción IV y VII ; 46; 47, 48, 51, y 52 de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, así como por los artículos 136 al 142 de su Reglamento Interno.

La presente Recomendación se dirige al Secretario de Salud del Distrito Federal, con fundamento en los artículos 15, fracción VII, 17 y 29, fracciones I y X de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Distrito Federal; 7 y 8, fracciones I, IV y IX de la Ley de Salud para el Distrito Federal; y 65, fracción I del Reglamento Interior de la Administración Pública del Distrito Federal, como la autoridad del Gobierno del Distrito Federal a quien corresponde “el despacho de las materias relativas a la formulación, ejecución, operación y evaluación de las políticas de salud del Distrito Federal”, entre otras, relativas a “la atención médica de la población interna en reclusorios y centros de readaptación social”.

De conformidad con la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Distrito Federal, y en cumplimiento con lo dispuesto en el artículo 5° de la Ley de la CDHDF, y 80 de su Reglamento Interno se informó a las y los peticionarios y agraviados relacionados con los expedientes, que por ley sus nombres no se harían públicos, salvo su solicitud expresa en contrario.

En cumplimiento con lo establecido en el artículo 139 del Reglamento Interno de la CDHDF, se procede al desarrollo de los rubros que constituyen la presente Recomendación.

1. Relatoría de los hechos.

Caso 1: Interno del Reclusorio Preventivo Varonil Norte que por un inadecuado manejo de su padecimiento, fallece de hipertensión intercraneal. (CDHDF/122/07/GAM/P1187-IV).

1.1.1 El 28 de febrero de 2007 se registró en la CDHDF, la queja interpuesta por la mamá del agraviado, quien refirió que su familiar fue llevado al Hospital Rubén Leñero (en calidad de detenido), para ser atendido por golpes y diversas lesiones que le causaron otras personas. En dicho centro hospitalario le brindaron atención médica y le practicaron diversos estudios, reportando que presentaba edema cerebral; personal de esta institución le informó que estaría en observación y sería valorado por un neurólogo para determinar si requería una intervención quirúrgica. Permaneció internado hasta el día 13 de febrero, fecha en la que fue trasladado al Reclusorio Preventivo Varonil Norte.

1.1.2 La peticionaria acudió a visitar a su familiar al citado centro de reclusión los días 15 y 17 de febrero de 2007, percatándose que se veía muy mal y se quejaba de náuseas, mareos y dolor en la cabeza, además de que no podía moverse, siendo auxiliado por otras personas. Por ese motivo solicitó a personal del Reclusorio Norte, entre otras instancias, que se le proporcionara atención médica.

1.1.3 El 18 de febrero de 2007, al acudir a la visita, fue informada que su familiar había fallecido un día antes. La autopsia estableció como causa del fallecimiento traumatismo craneoencefálico y estallamiento de vísceras. La peticionaria señaló que la muerte de su hijo se debió al inadecuado diagnostico y manejo que se le brindó en un primer momento en el “Hospital General Rubén Leñero” y posteriormente en la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Norte.

1.1.4 Personal de la Dirección de Servicios Médicos y Psicológicos de la CDHDF, emitió dictamen médico en el cual concluye que la atención médica brindada al agraviado A en el Hospital General Rubén Leñero y en la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Norte no fue adecuada, completa, ni oportuna.

1.2 Caso 2: Interno en el Reclusorio Preventivo Varonil Oriente que fallece por causa de trombocitopenia diagnosticada y atendida de forma inoportuna. (CDHDF/122/07/IZTP/P5821-II).

1.2.1 El 3 de octubre de 2007, se presentó en las instalaciones de este Organismo la peticionaria, para denunciar la vulneración a los derechos humanos de su esposo, quien se encontraba privado de la libertad en el Reclusorio Preventivo Varonil Oriente.

1.2.2 La peticionaria señaló que su esposo se desmayó el 22 de septiembre de 2007, mientras realizaba el aseo de su dormitorio, sufrió una caída y se golpeó la cabeza; como consecuencia, en reiteradas ocasiones tuvo mareos, nauseas, fuertes dolores de cabeza, desvanecimientos, incluso, convulsionaba y sufrió desmayos.

Acudió al servicio médico de ese centro de reclusión, los médicos que lo valoraron únicamente le diagnosticaron infección en vías urinarias, le prescribieron medicamento (cifloxina inyectable[1] y paracetamol[2]), pero éste último no se lo dieron porque se había agotado en la farmacia.

Dado que las convulsiones continuaron, el 3 y 5 de octubre del 2007 fue canalizado al Hospital General Xoco donde lo valoraron en el Servicio de Urgencias, Medicina Interna y Neurología, en esta última especialidad le practicaron una Tomografía Axial Computarizada[3], concluyendo que no tenía ninguna lesión cerebral o daño neurológico, le detectaron anemia[4] y trombocitopenia[5], en la segunda ocasión que ingresó a ese nosocomio también se determinó que no tenía ningún daño cerebral y fue dado de alta ese mismo día (5 de octubre 2007).

Posteriormente regresó al Reclusorio Preventivo Varonil Oriente, permaneciendo en la Unidad Médica hospitalizado. El 10 de octubre de ese año, presentó inflamación en la cabeza del lado derecho en la parte frontal, hematomas,[6] el ojo lo tenía cerrado, cuando se ponía de pie tenía mareos, perdía el equilibrio y su estado de salud se deterioraba paulatinamente.

---

[1] Medicamento antiinflamatorio.
[2] Medicamento que se usa para tratar con el dolor.
[3] La TAC es una tecnología sanitaria de exploración de rayos X que produce imágenes detalladas de cortes axiales del cuerpo. En lugar de obtener una imagen como la radiografía convencional, la TAC obtiene múltiples imágenes al rotar alrededor del cuerpo.
[4] Trastorno caracterizado por un descenso de la hemoglobina sanguínea hasta unos niveles por debajo del rango normal, disminución de la producción de hematíes, aumento de la destrucción de los mismos o pérdida de sangre.
[5] Cualquier trastorno en el cual se presenta un número de plaquetas insuficiente. Las plaquetas son células sanguíneas que ayudan a la coagulación de la sangre.
[6] Acumulación de sangre extravasada atrapada en los tejidos de la piel o en un órgano, producida por traumatismo o por una hemostasia incompleta tras la cirugía. Inicialmente se produce una hemorragia franca en un espacio; si el espacio es limitado, la presión disminuye y puede que cese el flujo de sangre. Los coágulos de sangre, la acumulación de plasma, el coágulo endurecido y la masa son palpables para el explorador y, a menudo, dolorosos para el paciente.

La peticionaria solicitó al Subdirector de la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Oriente, que brindaran atención médica adecuada a su familiar (agraviado B), ya que no mostraba mejoría, este servidor público le señaló que sólo tenía un traumatismo en la cabeza y, de manera burlona, le indicó que no tenía nada, ya que por las mañanas recorría las instalaciones caminando sin problemas y por las noches dormía tranquilamente; no obstante lo anterior, su estado de salud se deterioró en esa Unidad Médica, por lo que el 12 de octubre del 2007, fue referido a la Torre Médica Tepepan, donde fue atendido por el servicio de Cirugía Interna, sin embargo, el 16 de ese mes y año falleció en dicho nosocomio.

1.2.3 El Servicio Médico Forense de la Ciudad, determinó como causa del fallecimiento del agraviado, bronconeumonía bilateral[7], complicación determinada por traumatismo cráneo encefálico[8], en un sujeto con esplenomegalia[9].

1.2.4 Personal médico de este Organismo emitió un dictamen sobre la atención médica que recibió el agraviado en la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Oriente, Hospital General Xoco y Torre Médica Tepepan y concluyó que existió mala práctica médica por parte de funcionarios de estas instituciones, pues no existió un adecuado diagnóstico, valoración de su enfermedad y el seguimiento que se le dio no fue el idóneo.

Caso 3: Interno del Reclusorio Preventivo Varonil Oriente que fallece por congestión visceral, derivada de un retardo en el tratamiento de su padecimiento en la unidad médica de este centro. (CDHDF/II/121/IZTP/08/P0267)

1.3.1 El 17 de enero del 2008, se presentó en las instalaciones de este Organismo el peticionario, para denunciar la vulneración a los derechos humanos de su hermano, quien se encontraba privado de su libertad personal en el Reclusorio Preventivo Varonil Oriente. El 7 y 8 de enero de 2008 presentó vómito y diarrea con sangre, fue llevado al Servicio Médico hasta el día 9 de enero de ese año y le diagnosticaron gastroenterocolitis[10], prescribiéndole un tratamiento a base de antibióticos y antiespasmódicos[11], posteriormente lo enviaron a su dormitorio, pero este tratamiento no ayudó a que su estado de salud se restableciera.

1.3.2 El 12 de enero de 2008, fue canalizado al Hospital de Especialidades de la Ciudad de México "Dr. Belisario Domínguez", a la 01:05 horas, indicando su ingreso a terapia intermedia, con diagnóstico de choque mixto, gastroenteritis infecciosa,[12] IRA prerrenal.[13] Posteriormente, falleció en ese Hospital.

---

[7] Inflamación bronquial en ambos pulmones., se caracteriza por fiebres, tos, expectoración y estado general grave.
[8] Cualquier lesión física, o deterioro funcional del contenido craneal, secundario a un intercambio brusco de energía mecánica, producido por accidentes de tráfico, laborales, caídas o agresiones.
[9] Es un agrandamiento patológico del bazo o estructura esplénica más allá de sus dimensiones normales (11cm).
[10] Presencia de gastritis e inflamación del colon.
[11] Substancias o fármacos que evitan o reducen la contractura de la musculatura lisa de las vísceras huecas.
[12] Se trata de una inflamación o alteración del intestino provocada por un germen o sus toxinas,
[13] Se refiere a una insuficiencia renal aguda.

Los médicos del nosocomio manifestaron al peticionario que el agraviado no había recibido medicamento para su enfermedad y que lo único que le administraban en la Unidad Médica del Reclusorio Oriente era suero.

1.3.3 Personal médico de este Organismo emitió un dictamen sobre la atención médica que recibió el agraviado en la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Oriente y concluyó que la atención médica brindada no fue la adecuada y oportuna de acuerdo al cuadro y evolución del padecimiento.

Caso 4: Interno en el Reclusorio Preventivo Varonil Oriente que al no ser atendido de forma oportuna, fallece de cuadro séptico no traumático. (CDHDF/II/121/GAM/08/P0492).

1.4.1 El 29 de enero del 2008, se presentó en las instalaciones de este Organismo la peticionaria, para denunciar la violación a los derechos humanos de su hijo, atribuible a personal de la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Oriente. Señaló que el agraviado tenía llagas o quemaduras en los pies, lo cual le impedía caminar, presentaba debilidad y era ayudado por otros internos para desplazarse ya que él no podía hacerlo, casi no hablaba y los alimentos que ingería los vomitaba.

Cuando fue a la visita, otro interno del Reclusorio le informó que a su familiar le habían brindado atención médica, pero que no había sido la adecuada, porque carecían de medicamentos y éste requería hospitalización.

1.4.2 El 27 de enero de 2008, el agraviado fue referido al área de urgencias del Hospital General de Xoco, presentando dolor y úlceras en ambas piernas, en las cuales tenía larvas, náuseas y vómito, El día 28 de ese mes y año fue dado de alta, se le prescribió tratamiento y regresó a la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Oriente.

1.4.3 El 29 de enero de 2009, a las 22:00 horas fue nuevamente referido al servicio de Urgencias del Hospital General Xoco; sin embargo, al llegar presentó dificultad respiratoria, hipoventilación basal[14], tiros intercostales[15], a nivel neurológico desorientado y paro cardiorespiratorio que provocó su fallecimiento a las 4:50 horas del 30 de enero de ese año.

1.4.4 El Servicio Médico Forense del Distrito Federal concluyó que la causa de muerte del agraviado fue la presencia de un cuadro séptico no traumático[16].

1.4.5 Personal médico de este Organismo emitió un dictamen sobre la atención médica que recibió el agraviado en la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Oriente y en el Hospital General Xoco, concluyendo que la atención

[14] Baja oxigenación pulmonar (basal).
[15] Signos a través del cual se observan los arcos costales al momento de la respiración.
[16] Septicemia donde no estuvo involucrado un evento traumático. La septicemia es una infección grave, potencialmente mortal que empeora en forma rápida y que puede surgir de infecciones en todo el cuerpo, incluyendo infecciones en los pulmones, el abdomen y las vías urinarias.

médica brindada en ambas instituciones no fue la adecuada ni oportuna, de acuerdo al cuadro y evolución del padecimiento.

Caso 5. Interno del Reclusorio Preventivo Varonil Norte a quien se diagnostica de manera inoportuna VIH-SIDA y existe retardo en el tratamiento. (CDHDF/II/122/GAM/08/P0539)

1.5.1 El 30 de enero del 2008, se presentó en las instalaciones de este Organismo la peticionaria, para denunciar la vulneración a los derechos humanos de su hijo, quien se encontraba privado de la libertad en el Reclusorio Preventivo Varonil Norte. Señaló que a su familiar le habían salido unas bolas en el cuello, a la altura de los oídos, que le dolían y seguían creciendo, por lo que solicitó al personal de Seguridad y Custodia que lo trasladaran al Servicio Médico a fin de que lo revisaran; sin embargo, dichos servidores públicos se negaron.

1.5.2 El agraviado informó a personal de esta Comisión que el 8 de febrero de 2008, acudió al Servicio Médico, donde le indicaron que tenía inflamados los ganglios[17], y era necesario que le practicaran estudios de laboratorio y radiografías; sin embargo, personal de Seguridad y Custodia lo trasladó fuera de la hora programada para los estudios y éstos no se pudieron realizar.

1.5.3 El 21 de febrero de 2008, le practicaron en el Servicio Médico del Reclusorio Preventivo Varonil Norte estudios de sangre y un exudado faríngeo[18] para determinar su padecimiento. Una vez que se contara con los resultados le prescribirían tratamiento.

1.5.4 El 3 de marzo de 2008, el agraviado informó que ese día llegaron los resultados de sus estudios, pero en la Unidad Médica se negaron a interpretárlos e informarle.

1.5.5 El 24 de abril de 2008, el agraviado refirió a la peticionaria que el resultado de los estudios clínicos que se le practicaron, arrojó que era portador de VIH-SIDA, situación por la cual fue trasladado a la Penitenciaría del Distrito Federal.

1.5.6 El 7 de mayo de 2008, la peticionaria informó que su hijo había sido trasladado a la Unidad Médica de la Penitenciaría, toda vez que su estado de salud se encontraba muy deteriorado: presentaba diarrea, alta temperatura y no tenía fuerza en su cuerpo; a pesar de que en los últimos tres meses su familiar había perdido aproximadamente 35 kilos de peso, la encargada de esa unidad se negaba a referirlo a una institución de atención médica especializada.

1.5.7 El 30 de mayo del 2008, el agraviado obtuvo su libertad por el grave estado de salud que presentaba, fue trasladado al Hospital de La Raza del IMSS, donde fue internado y falleció el 31 de mayo de ese año. La peticionaria indicó que la muerte de su hijo se originó por un retardo en el diagnóstico y atención por parte

[17] Conjunto de células que forman un órgano pequeño con una morfología ovoidea o esférica.
[18] Toma de muestra que se realiza en el fondo de la garganta (en las amígdalas, generalmente), mediante el uso de un hisopo estéril. Sirve como herramienta de diagnóstico de padecimientos de origen bacteriano.

de la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Norte y de la Penitenciaría del Distrito Federal.

Caso 6. Interno en el Reclusorio Preventivo Varonil Oriente que muere por estallamiento de vísceras, no detectado de forma oportuna. (CDHDF/II/121/GAM/08/P2081)

1.6.1 El 17 de abril del 2009, la peticionaria se comunicó a este Organismo para denunciar la violación a los derechos humanos de su hermano, quien se encontraba privado de la libertad en el Reclusorio Preventivo Varonil Oriente. El agraviado presentaba dolor corporal y de estómago, así como fiebre; en varias ocasiones acudió al Servicio Médico y no le proporcionaron atención médica.

1.6.2 El 21 de abril de 2008, personal de esta Comisión entrevistó al agraviado percatándose que dicho interno no se encontraba bien de salud, estaba pálido, caminaba lentamente y con signos de dolor, además, con ambos brazos se oprimía el estómago indicando que tenía dolor y le costaba trabajo mantenerse de pie.

En ese momento personal de este Organismo trasladó al citado interno a la Unidad Médica del RPVO[19], lugar donde lo atendió el Doctor Julián Pedro Coca López, Subdirector Médico de esa institución, a quien se le solicitó valorara médicamente al agraviado, pero este servidor público indicó que ya lo había atendido, que presentaba un trastorno mental y comportamiento secundario a fármaco dependencia, volviéndolo a valorar y determinando el mismo padecimiento.

1.6.3 El 22 de abril de 2008, el agraviado sería trasladado al Centro Varonil de Readaptación Psicosocial para ser valorado por un médico psiquiatra, en compañía de 9 internos más, quienes acudían a otras diligencias. Aproximadamente a las 07:00 horas, cuando los formaron para salir, los demás internos se percataron que el agraviado se veía muy enfermo y no podía sostenerse de pie, incluso lo tuvieron que ayudar para subirlo a la camioneta. En el interior del vehículo se acomodó al fondo, del lado izquierdo y se sentó en el piso.

El vehículo salió del Reclusorio entre las 09:00 y 10:00 horas aproximadamente, el agraviado no se quejaba ni decía nada. Cerca de las 15:30 horas, los internos que iban con él se dieron cuenta que iba en muy mal estado de salud por lo que golpearon la camioneta y le informaron a uno de los custodios lo que sucedía; éste les dijo que no podía hacer nada, que esperaran; más tarde, los custodios abrieron la puerta y uno de ellos tocó al agraviado, éste ya no respondió pues estaba muerto.

1.6.4 Se determinó que la causa de la muerte del agraviado se debió a traumatismo abdominal con alteraciones viscerales y tisulares.

[19] Reclusorio Preventivo Varonil Oriente.

1.6.5 Con motivo del fallecimiento del interno se inició la averiguación previa FIZ/IZP/-4/T1/00956/08-04 en la Fiscalía Desconcentrada en Iztapalapa, la cual determinó el no ejercicio de la acción penal el 20 de agosto de 2008; sin embargo, esta CDHDF solicitó su reapertura ya que dicha indagatoria no se integró por la probable negligencia médica por parte de personal del Reclusorio Preventivo Varonil Oriente. Actualmente se encuentra en trámite.

1.6.6 Personal médico de la CDHDF emitió un dictamen respecto de la atención brindada al agraviado, el cual concluyó que funcionarios de la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Oriente incurrieron en mala práctica médica al no realizar una valoración integral de la enfermedad que presentaba el paciente; la falta de atención médica oportuna por parte del médico tratante, tuvo como consecuencias sufrimiento físico para el agraviado. Asimismo, el referido dictamen señaló que todos los médicos, que valoraron al paciente, no realizaron las certificaciones de acuerdo a como lo exige el formato de certificación física.

Caso 7. Interno en el Reclusorio Preventivo Varonil Sur, quien fallece por infarto agudo en el miocardio, no atendido de forma adecuada ni oportuna. (CDHDF/II/122/XOCH/08/P2244).

1.7.1 El 23 de abril del 2008, la peticionaria se comunicó vía telefónica a este Organismo para denunciar la vulneración a los derechos humanos de su papá, quien se encontraba privado de la libertad en el Reclusorio Preventivo Varonil Sur.

1.7.2 Señaló que el 11 de febrero de 2008, el agraviado acudió a la Unidad Médica de ese reclusorio con fuerte dolor en el pecho y brazo izquierdo. El 27 de febrero de 2008 fue referido a la Torre Médica Tepepan; se solicitó valoración por el servicio de cardiología, se le realizaron estudios de laboratorio como química sanguínea[20] y electrolitos séricos[21], pero no hubo reactivos para biometría hemática. No se le practicó radiografía por no haber servicio en ese momento, tampoco se le tomó electrocardiograma por falla de aparato. Se egresó ese mismo día y regresó al Reclusorio Preventivo Varonil Sur. Con cita en dos meses.

1.7.3 El 10 de marzo de 2008, acudió nuevamente a la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Sur por presentar dificultad para respirar y tos, por ello se le refirió nuevamente al Hospital Torre Médica Tepepan, solicitando valoración por el servicio de cardiología; en esta institución se mencionó que el paciente presentó en varias ocasiones el mismo tipo de dolor, agregándose disnea[22] de medianos esfuerzos y edema[23] en extremidades inferiores de predominio vespertino.

---

[20] Las pruebas metabólicas completas son un grupo de 20 pruebas químicas realizadas en el suero sanguíneo, la parte de la sangre que no contiene células. Estas pruebas abarcan colesterol total, proteína total y diversos electrolitos. Los electrolitos en el cuerpo comprenden el sodio, el potasio, el cloro y muchos otros. El resto de las pruebas mide químicos que reflejan el funcionamiento del hígado y el riñón.

[21] Son minerales en la sangre y otros líquidos corporales que llevan una carga eléctrica.

[22] Dificultad para respirar.

[23] El edema (o hidropesía) es la acumulación de líquido en el espacio tisular intercelular o intersticial y también en las cavidades del organismo

1.7.4 El 16 de marzo del 2008, fue referido de urgencia del RPVS[24]al Hospital General Xoco, fue valorado a su ingreso como muy grave y el 17 de marzo de 2008 lo canalizaron al área de terapia intensiva de ese nosocomio. Fue egresado de ese servicio y el 25 de marzo de 2008 valorado por el servicio de medicina interna, diagnosticándole diversas enfermedades cardiacas (síndrome coronario agudo en tratamiento, infarto agudo al miocardio no reciente, insuficiencia cardiaca crónica secundaria compensada, hipertensión arterial sistémica controlada). Fue dado de alta el 29 de ese mes y permaneció en observación en la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Sur.

1.7.5 El 3 de abril de 2008, fue referido nuevamente al Hospital General Xoco, estableciéndose el diagnóstico de insuficiencia respiratoria secundaria;[25] a las 13:50 horas presentó paro cardiorrespiratorio, falleciendo a las 14:05 horas debido a una enfermedad cardiaca (edema pulmonar agudo secundario a choque cardiogénico) e infarto agudo al miocardio. La peticionaria manifestó que a su familiar no se le brindó la atención médica que requería y por ello falleció.

1.7.6 Personal médico de la CDHDF emitió una opinión respecto de la atención brindada al agraviado, la cual concluyó que funcionarios de la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Sur y Torre Médica Tepepan, incurrieron en mala práctica médica al no realizar una valoración adecuada de su padecimiento ni las acciones necesarias para canalizarlo a una institución de atención médica especializada que pudiera asegurar una atención de calidad.

Caso 8: Interno en el Reclusorio Preventivo Varonil Norte que fallece a causa del inadecuado manejo de una enfermedad pulmonar obstructiva crónica. (CDHDF/II/121/GAM/08/P3979)

1.8.1 El 15 de julio del 2008, la peticionaria acudió a las instalaciones de este Organismo para denunciar la violación a los derechos humanos en perjuicio de su esposo, quien se encontraba privado de la libertad en el Reclusorio Preventivo Varonil Norte. Manifestó que su familiar padecía una Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), la cual le era atendida antes de que fuera ingresado en el citado centro de reclusión a base de medicamento, revisiones periódicas por diversos médicos especialistas y suministro permanente de oxigeno.

El 14 de julio de 2008, la peticionaria acudió a visitar a su esposo y se percató que su estado de salud estaba deteriorado, ya que tenía los *ojos rojos, le faltaba el aire y su piel comenzaba a tornarse morada.* No le suministraban el oxigeno que requería y como en la farmacia del servicio médico no había medicamentos, le pidieron que los adquiriera en el exterior.

1.8.2 El 17 de julio del 2008, personal de esta Comisión, entrevistó al agraviado en el RPVN[26], quien manifestó que padecía enfisema pulmonar, pero no le brindaban la atención médica adecuada, ya que no le suministraban los medicamentos que

[24] Reclusorio Preventivo Varonil Sur.
[25] Incapacidad de los sistemas cardíaco y pulmonar para mantener un intercambio adecuado de oxígeno y anhídrido carbónico en los pulmones.
[26] Reclusorio Preventivo Varonil Norte.

requería, no era valorado por un especialista, ni le proveían oxigeno de forma permanente.

1.8.3 El agraviado obtuvo su libertad el 8 de noviembre de ese año. Cuando fue externado se encontraba en pésimas condiciones de salud y tuvo que ser trasladado en una ambulancia del ERUM a la Clínica 24 del IMSS, donde permaneció hospitalizado y falleció el 14 de noviembre del 2008, por causa de neumonía comunitaria, enfermedad pulmonar obstructiva e hipertensión arterial[27] sistémica. La peticionaria señaló que la muerte de su esposo se originó por la inadecuada atención médica que recibió en la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Norte.

1.8.4 La Dirección de Servicios Médicos y Psicológicos de la CDHDF emitió un dictamen respecto de la atención brindada al agraviado, el cual concluyó que la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Norte no realizó una valoración, atención y seguimiento integral de las enfermedades que presentaba el paciente, lo que provocó que no tuviera una mejor calidad de vida.

Caso 9. Interno del Reclusorio Preventivo Varonil Norte a quien se diagnostica de manera inoportuna VIH-SIDA. (CDHDF/II/122/GAM/08/P6572).

1.9.1 El 5 de noviembre del 2008, el agraviado se comunicó vía telefónica a este Organismo para denunciar la vulneración a sus derechos humanos, que atribuyó a personal médico del Reclusorio Preventivo Varonil Norte, señalando que le negaron atención médica aun cuando presentaba dolor estomacal, cólicos severos y en 15 días había perdido aproximadamente 15 kilos de peso.

1.9.2 Por intervención de esta CDHDF, el 6 de noviembre del 2008, fue atendido en la Unidad Médica del citado reclusorio y se le diagnosticó gastroenteritis,[28] probablemente infecciosa; posteriormente fue dado de alta, a pesar de que su estado de salud no mejoraba.

1.9.3 El 10 de noviembre del 2008, el agraviado fue hospitalizado de nueva cuenta en la Unidad Médica del RPVN por infección en vías respiratorias bajas, hipotensión,[29] anemia; además, se determinó VIH positivo. El 18 de noviembre de 2008, fue enviado al Hospital General "Dr. Enrique Cabrera" donde falleció el 22 de noviembre de 2008.

1.9.4 Personal de Servicios Médicos y Psicológicos de la CDHDF emitió una opinión respecto la atención brindada al agraviado, en la cual concluyó que personal de la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Norte incurrió en

[27] Enfermedad común, a menudo asintomática, caracterizada por un aumento de la presión arterial que excede persistentemente los 140-90 mm Hg. La hipertensión esencial, el tipo más frecuente, no tiene causas conocidas, pero el riesgo para padecerla aumenta con la obesidad, con la concentración elevada de sodio en plasma, con la hipercolesterolemia y con una historia familiar de hipertensión.
[28] Inflamación de la membrana interna del intestino, causada por un virus, una bacteria o parásitos.
[29] Enfermedad en la que la presión sanguínea no es la adecuada para la perfusión y oxigenación normal de los tejidos. Puede estar ocasionada por la expansión del espacio intravascular, por la disminución del volumen intravascular o por una contractilidad cardíaca disminuida.

mala práctica médica al no diagnosticar de forma oportuna su padecimiento y no practicarle los estudios de laboratorio necesarios para descartar dicho diagnostico, lo cual provocó que sus padecimientos se agudizaran.

Caso 10: Interno en el Reclusorio Preventivo Varonil Norte quien fallece de cuadro séptico no traumático, pero durante su atención no se contó con los insumos necesarios para intentar su curación. (CDHDF/II/121/GAM/08/P7157)

1.10.1 El 29 de noviembre del 2008, la peticionaria se comunicó a este Organismo para denunciar la vulneración a los derechos humanos en perjuicio de su hermano, quien se encontraba privado de la libertad en el Reclusorio Preventivo Varonil Norte, señalando que éste presentaba malestar en el cuerpo, cansancio, mareo, dolor de cabeza y vomitaba dos o tres veces al día.

Al no mejorar el estado de salud del agraviado, fue referido al Hospital General Ticomán, para valoración por especialidad, donde se le encontró con síndrome doloroso abdominal con datos de deterioro neurológico, diagnosticándole probable neuroinfección, requiriendo descartar intoxicación por drogas.

1.10.2 El 10 de diciembre del 2008, personal del Hospital General Ticomán solicitó apoyo del Hospital de Especialidades Médicas "Dr. Belisario Domínguez" para realizarle diversos estudios al agraviado, entre los que destaca una tomografía; sin embargo, no se realizaron ya que no se contaba con una ambulancia de cuidados especiales para su traslado.

1.10.3 El día 12 de diciembre, el hermano del agraviado refirió que un médico del Hospital General Ticomán le comentó que la infección ya había llegado hasta el cerebro, pero que ahí no contaban con el equipo necesario para realizarle una tomografía que se requería para determinar el tipo de daño que presentaba.

Ese mismo día, el agraviado presentó paro cardiorespiratorio y falleció a las 20:06 horas.

1.10.4 Personal médico de esta Comisión emitió un dictamen respecto de la atención brindada al agraviado, el cual concluyó que la ausencia de infraestructura y recursos materiales limitó el actuar de los médicos para brindarle una atención adecuada.

2. Competencia de la CDHDF para realizar y concluir la investigación.

2.1. En términos del artículo 2 de la Ley de esta Comisión, la CDHDF tiene como finalidad esencial la protección, defensa y vigilancia de los derechos humanos, establecidos en el orden jurídico mexicano y en los instrumentos internacionales de derechos humanos.

2.2. La CDHDF es competente para conocer de quejas y denuncias por presuntas violaciones a los derechos humanos, cuando éstas fueren imputadas a cualquier autoridad o servidor Público que desempeñe un empleo, cargo o Comisión local

en el Distrito Federal o en los órganos de procuración o de impartición de justicia cuya competencia se circunscriba al Distrito Federal. [30]

2.3. Asimismo, los artículos 1 al 3 de los "Principios relativos al estatuto y funcionamiento de las instituciones nacionales de protección y promoción de los derechos humanos" (Principios de París) establecen como responsabilidad de los organismos nacionales de protección de los derechos humanos, la defensa de los derechos de las personas de acuerdo con el derecho internacional en la materia.[31]

3. Procedimiento de Investigación.

3.1 Una vez analizados y calificados los hechos y establecida la competencia de este organismo público, personal de la CDHDF realizó diversas acciones para la investigación de estos casos, tales como:

- Solicitudes de medidas precautorias y gestiones telefónicas para que se proporcionara atención médica efectiva e inmediata a las personas agraviadas (cuando todavía era posible).

- Entrevistas directas con las personas peticionarias y los agraviados.

- Se requirió a las autoridades involucradas en los casos, la información y documentación necesaria para investigar los hechos motivo de las quejas.

- Se obtuvo información médica, administrativa, de cuestionarios a médicos y directores respecto de los hechos denunciados, proporcionada por escrito por parte de los servidores públicos adscritos a la Secretaría de Salud del Distrito Federal.

- Solicitud y análisis de expedientes clínicos certificados sobre la atención médica que fue proporcionada a los pacientes-agraviados.

- Elaboración de informes médicos externos sobre la atención médica proporcionada a los pacientes agraviados.

3.2. Lo anterior tuvo como fin orientar la investigación en torno a las siguientes hipótesis:

a. La presunción de que han existido omisiones, errores y actos de negligencia médica que en la mayoría de los casos llegan a agravar la salud de los internos usuarios del servicio médico, en lugar de contribuir a su recuperación; mientras que en dos casos específicos (internos agraviados A y F), no se aplicaron las medidas que pudieran contribuir a evitar su fallecimiento.

[30] Conforme a lo establecido por los artículos 102 Constitucional apartado B, 2 y 3 de la Ley de la CDHDF y 11 de su Reglamento Interno.
[31] ONU, *Principios de París.* Resolución A/RES/48/134 de la Asamblea General de Naciones Unidas de 20 de diciembre de 1993.

b. La presunción de que el derecho a la salud, como derecho económico, social y cultural, ha sido vulnerado debido a que no existen los recursos suficientes ni el personal médico para atender cabalmente a los internos usuarios del servicio.

c. La presunción de que si bien es cierto, la Secretaria de Salud del Distrito Federal ha implementado mecanismos de supervisión para que los servidores públicos profesionistas de la medicina cumplan con los lineamientos de la Norma Oficial Mexicana NOM-SSA1-168-1998, del expediente clínico, en las unidades médicas de los centros de reclusión del Distrito Federal todavía existen casos en los cuales no se integra correctamente el expediente de atención médica, lo cual lleva aparejado situaciones de negligencia médica.

d. La presunción de que el interno agraviado F fue objeto de tratos crueles, inhumanos y degradantes por parte de los servidores públicos de la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Norte, porque al requerir urgentemente de atención médica, posterior a un problema de salud que afectó sus órganos internos a la altura del abdomen, ésta nunca se le proporcionó, lo cual provocó sufrimiento en su persona.

3.3. A continuación se pormenorizará lo más relevante de la investigación en cada caso y las respectivas evidencias:

4. Relación de evidencias

4.1 Caso 1. Interno del Reclusorio Preventivo Varonil Norte que por un inadecuado manejo de su padecimiento fallece de hipertensión intercraneal. (CDHDF/122/07/GAM/P1187-IV).

4.1.1. Expediente clínico sobre la atención médica proporcionada al agraviado en el Hospital General "Dr. Rubén Leñero", el cual consta de 23 fojas útiles y del que se extraen sustancialmente los siguientes datos:

> A las 17:20 horas del 13 de febrero del 2007, el agraviado fue egresado del Hospital con los diagnósticos de ingreso: policontundido, TCE grado I Becker en tratamiento, conjuntivitis. Durante la estancia se mantuvo hemodinámicamente estable, con estado neurológico sin alteraciones, con realización de estudio tomográfico y radiografía de cráneo y perfilograma. Valorado por el Servicio de Neurocirugía quien determinó su egreso por no detectarse alteraciones estructurales o hemorrágicas, por tal motivo se decidió su egreso para continuar tratamiento en forma externa, con estado neurológico íntegro […], con secreción ocular bilateral. Plan: alta del servicio. Cita abierta a urgencias, acudir a su centro de salud para vigilancia. Se indicó paracetamol, diclofenaco, cloramfenicol oftálmico.

4.1.2. Expediente clínico formado con motivo de la atención médica proporcionada al agraviado en el Reclusorio Preventivo Varonil Norte, el cual consta de 6 fojas útiles, de las cuales se obtienen principalmente los siguientes datos:

a) A las 18:55 horas del 16 de febrero de 2007, el agraviado acudió a consulta externa de la unidad médica de ese Reclusorio, donde se hace la siguiente mención: el paciente refiere que recibió múltiples contusiones antes de su ingreso, […] presentando edema de miembro pélvico izquierdo secundario con imposibilidad para deambulación. Ingresó hace cuatro días deambulando y se le hace la invitación para ser explorado pero no acepta, se envía a su dormitorio, se vuelve a solicitar su presencia para realizar una exploración física completa pero se vuelve a negar, por lo que no se le puede valorar físicamente y llevar a un diagnóstico.

b) El 17 del mismo mes y año, a las 10:25 horas, el paciente, quien es llevado cargado en una cobija por sus compañeros de estancia, manifiesta que no puede caminar por el intenso dolor en ambas extremidades inferiores. Además, presenta diversos golpes en la cabeza. A la exploración física se aprecia en extremidades hiperémicas en cara anterior tercio superior de ambos muslos como dato único de alteración. Se le suministró medicamento (metamizol sódico intramuscular), quedó pendiente estudios de rayos X.

c) A las 17:35 horas de esa fecha, el interno fue llevado nuevamente por sus compañeros de estancia, sobre una cobija. El médico que lo revisó refirió en su nota lo siguiente: “Se me avisa al consultorio del caso, acudiendo al servicio de curaciones para su revisión, encontrándose el mismo recostado boca arriba, con dificultad para la respiración, semiconsciente sin respuesta a estímulos verbales dolorosos ni táctiles, con dilatación pupilar entre otros datos. Se procede de inmediato a la realización de contrarreferencia para hospital abierto, sin embargo cinco minutos posteriores a ello, el paciente deja de tener movimientos respiratorios motivo por lo que se procede a realización de toma de signos vitales y resucitación con toma de registros vitales, sin lograr reestablecerlos, por lo que siendo las 17:45 horas se concluye clínicamente fallecido.

d) En la nota de contrarreferencia se establece el diagnóstico presuncional de que su muerte fue por traumatismo craneoencefálico.

4.1.3. Copia de la necropsia realizada al agraviado el 18 de febrero de 2007, donde se hace constar lo siguiente:

a) Edema escrotal y flictenas con aspecto necrótico de todo el miembro pélvico izquierdo desde muslo hasta pierna.

b) Exteriormente presenta: Herida por contusión en forma de “V” de 12 por 7 milímetros, localizada en la región occipital a la izquierda de la línea media posterior que lesionó piel, tejido subcutáneo y músculo de la región descubriendo el hueso, sin suturar. Equimosis de color azul y verdosa de 6 por 5 centímetros, situada en cara interna de la rodilla derecha, hemorragia en un 70% de la conjuntiva escleral por la contusión en el globo ocular izquierdo, dos zonas excoriativas no recientes provista de costra hemática, la primera de 10 de 15 milímetros, localizada en región lumbar a la derecha de la línea media posterior y la segunda en área de 11 por 7 centímetros en el codo izquierdo.

c) En la cavidad craneana presenta: Infiltración hemática pericraneal de 4 por 3 centímetros subyacente a la herida descrita al exterior. En encéfalo de 1450 gramos contundido y lacerado en ambos lóbulos occipitales con hemorragia subaracnoidea; edematosos con aplanamiento de los surcos, borramiento y disminución de los espacios intercisurales con enclavamiento de las amígdalas cerebelosas. Fractura de hueso occipital irradiada sobre y ambos lados de la línea media posterior.

d) Conclusión: el agraviado falleció de las alteraciones viscerales y tisulares mencionadas, causadas en los órganos interesados por el traumatismo cráneo encefálico ya descrito que clasificamos de mortal.

4.1.4. Solicitud de información del 4 de febrero de 2009 dirigida al Director del Hospital General "Dr. Rubén Leñero", quien mediante oficio D/098/09 del 2 de marzo de 2009, señaló lo siguiente:

1. Al señor […] se le suspendió el diurético (furosemida) por el tipo de edema que presentó.

2. No se describió la herida que tenía en región occipital ya que a su ingreso a Urgencias (11 de febrero de 2007) no la presentaba.

3. No se reportan los hallazgos neurológicos patológicos encontrados ya que el agraviado no los presentaba.

4. Por medio de la tomografía axial computarizada se puede determinar una fractura. En el caso del señor […] no se describió ya que él no la presentaba.

5. Las lesiones de fractura de cráneo como las del encéfalo descritas por la necropsia no las tenía el paciente en su estancia en el hospital.

6. En lo que se refiere al señor […] con base en la necropsia fallece por hipertensión intercraneal que le produjo enclavamiento de las amígdalas cerebelosas. Esta patología debió haber dado cuadro de síntomas que se presentan de manera progresiva hacia su defunción, siempre y cuando las lesiones sufridas por el paciente el 11 de febrero de 2007 sean la causa de la hipertensión intercraneal. En la evolución clínica de los 4 días subsiguientes a su alta no existen datos clínicos de hipertensión intercraneal. Lo que demuestra claramente que dicha hipertensión intercraneal fue agregada posterior a su alta hospitalaria.

7. Inicialmente el paciente fue manejado con furosemide y diurético ya que el paciente no era valorable adecuadamente, ya que presentaba aliento etílico, considerándose cursar con intoxicación etílica y esto no permite la valoración adecuada de su estado neurológico.

8. Es posible documentar que las lesiones (fractura de cráneo, contusión y laceración en encéfalo), no existieron con base en el expediente de dicho agraviado.

9. No se realizó otra tomografía ya que el paciente cursaba íntegro neurológicamente, estable, sin deterioro neurológico, sin asimetría de pupilas, con respuesta a la luz, sin triada de Cushing y de acuerdo a la bibliografía se menciona que los síntomas y signos al momento de la exploración física, serán los que sugieran la necesidad de realizar tomografía computarizada de cráneo.

4.1.5 El 3 de marzo de 2009 se recibieron las respuestas a una serie de planteamientos que la CDHDF formuló al Servicio Médico Forense del Distrito Federal, en los siguientes términos:

1. La edad de la lesión descrita en el Protocolo de Necropsia como herida por contusión en forma de "V" de 12 por 7 milímetros, localizada en región occipital reconoce un lapso de 6 a 8 días.

2. Se demuestra documentalmente la existencia de la fractura en hueso occipital con el material fotográfico y con las características de la lesión descritas en el protocolo de necropsia.

3. En el protocolo de necropsia las fracturas se describen, se ubican en el hueso occipital irradiada sobre ambos lados de la línea media posterior ya que la evidencia queda manifiesta con el material fotográfico.

4. La fractura en el hueso occipital descrita con la descripción en el protocolo de autopsia, ya que su evidencia queda manifiesta con el material fotográfico.

5. Las contusiones y laceraciones en ambos lóbulos frontales, parietal derecho y ambos lóbulos occipitales quedan documentadas por su observación macroscópica y al ser evidentes se describen en el protocolo de necropsia, ubicándolas para demostrarlas con material fotográfico.

6. Las medidas de las contusiones y laceraciones cerebrales no se acostumbran dar por ser apreciadas claramente en forma macroscópica y al ser evidentes se describen en el protocolo de necropsia, ubicándolas para demostrarlas con el material fotográfico.

7. Es posible afirmar que la laceración fue producida ante mortem toda vez que la misma se apreciaba con las características propias de lesión con reacción vital microscópicamente demostrable con la hemorragia subaracnoidea y edema cerebral descrito.

4.1.6 Opinión médica del 17 de marzo de 2009, suscrita por personal adscrito a la Dirección de Servicios Médicos y Psicológicos de esta Comisión, quien concluyó lo siguiente:

1. La atención médica proporcionada por el Hospital General "Rubén Leñero" no fue adecuada, completa, ni oportuna por lo siguiente:

a) Desde el ingreso del agraviado no se realizó una historia clínica, exploración física, ni neurológica completas lo cual era fundamental por tratarse de un paciente politraumatizado. Asimismo, no se describe la herida que presentaba en

cráneo ni el tratamiento que requería la lesión. Tampoco las lesiones de la nariz ni las del miembro pélvico izquierdo.

b) En lo que se refiere a los estudios radiológicos, éstos fueron tomados con mala técnica por lo que se solicitaron otros; en el expediente no se encontraron los formatos de solicitud ni se describen, por lo que es posible inferir que no se le practicaron.

c) Existen incongruencias en cuanto a la existencia de edema cerebral difuso y contusiones cerebrales aisladas. Con base en la bibliografía, este tipo de lesiones es causa de hipertensión intracraneal y fallecimiento.

d) Se inició tratamiento para el edema, posteriormente fue suspendido.

e) No se le practicó una segunda tomografía para descartar o valorar la evolución del edema cerebral.

f) Cuando fue dado de alta el agraviado presentaba somnolencia, dolor de cabeza y náuseas sin vómito, lo cual obligaba a los médicos tratantes a realizar una exploración neurológica, buscar datos clínicos y efectuar una tomografía para descartar aumento de la presión intracraneal, consecuencia del edema cerebral que el agraviado presentaba.

g) Las notas médicas no cumplen con lo que establece la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998 del expediente clínico, en sus numerales 6.3 y 7.

2. En lo que respecta a la atención médica proporcionada por la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Norte es posible inferir que ésta no fue adecuada, completa ni oportuna por lo siguiente:

a) En su expediente consta que se enteraron del caso por el resumen médico del Hospital Rubén Leñero, en el que se menciona que el agraviado requería vigilancia.

b) El 16 de febrero, en que acudió por presentar dificultad para la deambulación, se menciona que el agraviado no se dejó revisar, lo cual cuestiona el por qué acudió si no se dejaría revisar. No existe una nota de alta voluntaria como lo establece la Norma Oficial NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico, en su numeral 10.1.2.

c) El día 17 de febrero, a las 10:25 horas, fue valorado por la consulta externa. En esta nota, no se describe la historia clínica, ni se realizó una exploración física completa que incluyera la neurológica por tratarse de un paciente con antecedente de traumatismo cráneo-encefálico. No se refieren los signos vitales. No se estableció un diagnóstico. Por lo que no se cumplió con lo que establece la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico, en su numeral 6.

d) A las 17:35 horas acudió el agraviado a dicha Unidad con dificultad respiratoria y datos de deterioro neurológico. Cinco minutos después presentó paro cardiorrespiratorio. Se menciona en la nota que se realizaron maniobras de resucitación sin describir en qué consistieron por lo que no es posible determinar si éstas fueron adecuadas y suficientes.

4.2 Caso 2: Interno en el Reclusorio Preventivo Varonil Oriente que fallece por causa de trombocitopenia diagnosticada y atendida de forma inoportuna. (CDHDF/122/07/IZTP/P5821-II).

4.2.1. Acta circunstanciada del 24 de octubre del 2007, en la cual consta la declaración de la peticionaria, quien en lo medular expresó que el agraviado, presentaba diversos padecimientos (mareos, dolor de cabeza y convulsiones), solicitó en reiteradas ocasiones a personal de la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Oriente que le brindara la atención adecuada canalizándolo a una institución externa y/o le permitieran ingresar a un médico particular, pero no atendieron su petición.

4.2.2 Copias del expediente clínico donde consta la atención brindada al agraviado en la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Oriente, en el cual se obtuvieron los siguientes datos:

a) Nota de evolución de hospitalización. A las 05:30 horas del 4 de octubre de 2007, se reporta que el agraviado presenta contusión[32] de cráneo no reciente. […] Contrarreferido de Xoco.

b) Nota de evolución en hospitalización del 5 de octubre de 2007. Se realiza referencia a Urgencias a Xoco con diagnostico: "cefalea[33] postraumática". Diagnostico: consciente, somnoliento, bien orientado, quejumbroso, por exacerbación de la cefalea, durándole unos minutos, presenta vértigo. Pálido, con lesiones y edemas agrupados en labios.

c) Nota del 8 de octubre de 2007. Padecimiento actual, lo inicia hace 15 días con caída desde su mismo plano de sustentación, por presentar previamente vértigos frecuentes. Posteriormente presenta cefalea y somnolencia continuando con vértigos. Fue valorado por neurocirugía, descartar LESIÓN RECIENTE, SOLO ATROFIA CORTICAL. NO AMERITANDO MANEJO.

d) Nota de urgencias del 9 de octubre de 2007. Refiere que el paciente se cayó en tres ocasiones el 8 de octubre. Paciente consciente, bien orientado con equimosis y edema bipalpebral ojo derecho y frontal. Se toma Rx de cráneo sin lesión ósea. IDX. Síndrome vertiginoso postcontusional, cefalea postraumática. Descartar hepatopatía. Indicaciones médicas: Dexametasona, difenidol, sulfato ferroso, complejo B, sujetarlo cama en forma gentil, no deambular, poner pañal, Rx hoy, CGE y SVT.

[32] Golpe de cráneo
[33] Dolores y molestias localizadas en cualquier parte de la cabeza.

e) Nota de reingreso. 10 de octubre de 2007. Procedente del Hospital Xoco. Se le realizó TAC[34] de cráneo en la cual no hay datos de lesión parénquimatosa o lesión de bóveda craneal, fue valorado por el servicio de neurocirugía quien indica manejo sintomático y vigilancia. A su ingreso se encuentra consciente, orientado, con marcha normal, con hematoma subgaleal frontal derecho, zona de equimosis frontal y periorbitaria.

f) Nota de evolución. 11 de octubre de 2007. Se refiere que el agraviado no acata indicaciones y que se orina en cualquier lugar. Paciente consciente, bien orientado […], con presencia de secreción amarilla, continua con mareo y cefalea, lo que dificulta su deambulación.

g) Nota de referencia. 12 de octubre de 2007. Se envía a Torre Médica Tepepan, por continuar con cefalea, mareo y somnolencia. IDX Síndrome Vertiginoso postcontusional, descartar encefalitis, síndrome anémico.

4.2.3 Copias del expediente clínico de atención médica proporcionada al agraviado en el Hospital General Xoco, de las que se desprende que fue valorado en diversas ocasiones por las áreas de urgencias, neurocirugía, medicina interna entre otras, destacándose que se integró el siguiente diagnostico: "anemia y trombocitopenía[35].

4.2.4 Expediente clínico de atención médica proporcionada al agraviado en la Torre Médica de Tepepan, en el cual se observa que ingresó el 12 de octubre del 2007 y después de practicarle diversos estudios médicos se le diagnosticó anemia y trombocitopenia. Asimismo, se señala en dichas documentales que por su grave estado de salud y presentar una evolución desfavorable, el 16 de octubre de 2007, a las 14:15 horas presentó un parocardiorrespiratorio y posterior a maniobras de reanimación, se da por fallecido.

4.2.5 Oficio A-638/07 del 15 de noviembre de 2007, suscrito por el Director del Servicio Médico Forense del Distrito Federal mediante el cual remitió a este Organismo copias del dictamen de necropsia en el que se concluye que el agraviado falleció de bronconeumonía bilateral, complicación determinada por el traumatismo cráneo encefálico, en un sujeto con esplenomegalia[36].

A este dictamen se agregó copia del estudio histopatológico practicado en las vísceras del cadáver del agraviado, del cual se desprende que en la muestra recibida del fragmento de bazo se observó con autolisis.[37]

4.2.6 Dictamen médico emitido por personal de la Dirección de Servicios Médicos y Psicológicos de la CDHDF, en el cual se obtienen las siguientes conclusiones:

---

[34] Tomografía Axial Computarizada.
[35] trastorno en el cual se presenta un número de plaquetas insuficiente. Las plaquetas son células sanguíneas que ayudan a la coagulación de la sangre.
[36] Agrandamiento patológico del bazo o estructura esplénica más allá de sus dimensiones normales (11cm). También podría considerarse en función del peso (el peso normal es de 450-750gr., considerándose aumentado si es mayor de 750gr.)
[37] Proceso biológico por el cual una célula se autodestruye, ya sea porque no es más necesaria o porque está dañada y debe prevenirse un daño mayor.

Con base en el expediente clínico del agraviado, donde consta la atención brindada en la Unidad Médica del RPVO, Hospital General Xoco y Torre Médica Tepepan, es posible inferir que dicha atención no fue la adecuada con base en que:

- **Tratándose de personal de la Unidad Médica del RPVO:**

a) Personal de la Unidad Médica del RPVO incurrió en mala práctica al no examinar al agraviado conforme a los procedimientos.

b) No refirió a la especialidad adecuada al paciente.

- **Tratándose del Hospital General Xoco:**

a) Personal médico que atendió al agraviado incurrió en mala práctica médica al no realizar lo que establece la la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico, y la literatura médica para el enfoque diagnóstico y tratamiento de una persona con vértigo y trombocitopenia

b) Además de darlo de alta cuando sus condiciones de salud no lo permitían.

- **Tratándose del Hospital Torre Médica Tepepan:**

a) Personal médico de ese hospital incurrió en mala práctica médica al no examinar adecuadamente al agraviado como lo establece la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico, así como la propedéutica o semiología clínica y la literatura médica respecto al enfoque diagnóstico y tratamiento de una persona con trombocitopenia.

b) Al diagnosticar fractura de piso de cráneo debió referirlo con médico especialista en neurocirugía.

c) No realizó al señor [*agraviado*] estudios de laboratorio y gabinete para valorar la gravedad y tratamiento adecuados y oportunos para el manejo de la neumonía que padecía.

d) No se transfundieron los paquetes globulares que el agraviado requería.

4.3 Caso 3: Interno del Reclusorio Preventivo Varonil Oriente que fallece por congestión visceral, derivada de un retardo en el tratamiento de su padecimiento. (CDHDF/II/121/IZTP/08/P0267)

4.3.1 Expediente clínico donde consta la atención proporcionada al agraviado en la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Oriente, del que se desprende:

a) Notas de consulta externa de las siguientes fechas:

1. El 9 de enero de 2008; presencia de evacuaciones diarreicas, iniciando la noche anterior, presencia de vómito, acompañado de dolor tipo cólico epigástrico, con irradiación a todo marco cólico, moderada intensidad, se le diagnosticó gastroenteritis.

2. El 10 de enero de 2008 fue llevado por personal de custodia, refiriendo iniciar cuatro días previos, caracterizado por náusea, vómito en número de 3, evacuaciones líquidas en número de cuatro, escalofríos, con ligera palidez de tegumentos, mucosa oral con regular estado de hidratación; amígdalas hiperémicas; abdomen con dolor ardoroso a la palpación media en epigastrio y marco cólico, peristalsis ligeramente aumentada, no datos de irritación peritoneal, se le diagnosticó deshidratación moderada, enfermedad ácido péptica.

Se indica solución hartman[38] en carga rápida y posteriormente solución fisiológica, ceftazidima, ranitidina, y buthilhiscina, así como solicitar laboratorios (ES, EGO[39], ES).

3. El 11 de enero de 2008 a las 07:00 horas, el agraviado fue hospitalizado por presentar deshidratación moderada y enfermedad ácido péptica.

4. A las 12:00 horas del mismo día presenta súbitamente datos de insuficiencia respiratoria […] Ruidos cardiacos de elevada intensidad; cambios pulmonares con hipoventilación, hiliar izquierda; abdomen doloroso en epigastrio. Posteriormente, fue referido al Hospital de Especialidades de la ciudad de México "Dr. Belisario Domínguez".

4.3.2 Oficio DUMRPO/323/08 de fecha 22 de abril del 2008, signado por la entonces encargada de la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Oriente, quien indica cronológicamente las fechas en que ha sido valorado el agraviado, estableciendo que a partir del 9 de enero de ese año se le diagnosticó gastroenterocolitis, deshidratación moderada y enfermedad ácido péptica, por lo que fue canalizado el 11 de enero de ese año al Hospital de Especialidades Médicas de la Ciudad de México "Dr. Belisario Domínguez".

4.3.3 Expediente clínico de atención médica proporcionada al agraviado en el Hospital de Especialidades Médicas de la Ciudad de México "Dr. Belisario Domínguez", del que se destaca que el 11 de enero del 2008, el agraviado ingresó al área de urgencias donde se le diagnosticó: "choque hipovolémico, acidosis metabólica y gastroenteritis probablemente infecciosa", después de brindarle atención médica, el 12 de ese mes y año, fue canalizado a la unidad de terapia intensiva, sin embargo, posteriormente presentó un paro-cardiorespiratorio y se dio por fallecido ese día a las 13:20 horas.

4.3.4 Protocolo de necropsia, realizado por el Servicio Médico Forense del Distrito Federal en el que se concluyó que el agraviado falleció de *congestión visceral generalizada.*

[38] Solución isotónica que se utiliza de forma intravenosa como fluidoterapia.
[39] Examen general de orina.

4.3.4.1 En Ampliación del dictamen de necropsia del 12 de enero de 2008, se indicó que la causa de muerte que provocó la congestión visceral generalizada se debió a una neumonía bilateral en un sujeto con enfermedad hepato-renal.

4.3.5 Opinión médica realizada por personal de la Dirección de Servicio Médicos y Psicológicos de este Organismo, del 8 de diciembre de 2008 en la que se concluye:

> La atención médica que recibió el señor [agraviado] en la unidad médica del Reclusorio Preventivo Varonil Oriente no fue adecuada y oportuna, de acuerdo al cuadro y evolución del padecimiento; se debió haber vigilado su estado de hidratación y haber sido referido a una Unidad Hospitalaria en cuanto presentó datos de choque hipovolémico (disminución de la presión).

4.4 Caso 4: Interno en el Reclusorio Preventivo Varonil Oriente que al no ser atendido de forma oportuna, fallece de cuadro séptico no traumático. (CDHDF/II/121/GAM/08/P0492).

4.4.1 Copia del expediente clínico donde consta la atención proporcionada al agraviado en la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Oriente, del cual se observa que el 16 de diciembre de 2007 fue valorado, diagnosticándosele celulitis, deshidratación y piodermitis,[40] permaneció hospitalizado por algunos días, se le brindó atención y posteriormente fue referido en diversas ocasiones al Hospital General Xoco.

4.4.2 El 25 de abril de 2008, se recibió el oficio UDSMR/0765/08, mediante el cual, el entonces Jefe de la Unidad Departamental de Servicios Médicos en Reclusorios de la Secretaría de Salud, remitió copia simple del oficio DUMRPO/0314/08, suscrito por la Encargada de la Unidad Médica del RPVO, en el que informó que:

> El interno de referencia fue atendido por primera ocasión en esa unidad médica el 16 de diciembre de 2007, fecha en que se diagnostica celulitis y deshidratación y se decidió ingresarlo al área de hospitalización. Desde esa fecha permaneció hospitalizado hasta el 7 de enero de 2008, durante su estancia en la unidad se manejaron los diagnósticos de celulitis, úlceras impetiginizadas[41] de miembro pélvico derecho y pioderma, se prescribió tratamiento a base de triple esquema de antibióticos, analgésicos y diuréticos, observándose mejoría, por lo que se decide egresarlo con tratamiento y control por la consulta externa. El interno no volvió a la unidad, hasta el 27 de enero del 2008, en esa ocasión se decide referirlo al Hospital General Xoco, con los diagnósticos de infección de miembro pélvico de difícil manejo, en dicho Hospital fue valorado y contrarreferido el 28 de ese mes y año, con los diagnósticos de ingreso de

[40] Enfermedad cutánea causada por gérmenes piógenos, sobre todo por streptococcus y staphilococcus, incluyendo la erisipela, los flemones, los abscesos y las formas crónicas y vegetantes, aunque no las dermatosis sobreinfectadas. También se denomina piodermia.
[41] Desarrollo de una infección la piel que se puede contagiar de una persona a otra. Se caracteriza por la aparición de una o más lesiones ulcerosas en la piel.

insuficiencia venosa bilateral, complejo vásculo cutáneo pierna derecha e infección de tejidos blandos; diagnósticos de egreso: miasis[42], insuficiencia venosa crónica bilateral, hipokalemia[43] en tratamiento, lo egresan por mejoría. El 29 de enero del año en curso, nuevamente es atendido en esta unidad médica, debido a su deteriorado estado de salud se decide trasladarlo de urgencia al Hospital General Xoco, con los diagnósticos de insuficiencia respiratoria, desequilibrio hidroelectrolitico, síndrome anémico e infección de miembro pélvico derecho.

4.4.3 El 6 de mayo de 2008, se recibió el oficio 04546, mediante el cual, el Director del Hospital General Xoco de la Secretaría de Salud, remitió copia certificada de la nota médica inicial de urgencias del 30 de enero de 2008, con folio 003722, relacionada con la atención proporcionada al agraviado, de la que se desprende lo siguiente:

Paciente masculino que es traído por custodios, los cuales entregan su hoja de nota médica inicial de urgencias a las 00:20 hrs, aproximadamente, diciendo que en urgencias le dijeron que tenían que pasar primero a filtro, por lo que estando atendiendo a otro paciente, se les dijo que esperaran a que les llamaran, colocando al paciente en el suelo del pasillo frente al filtro a un lado de la entrada de urgencias/observación. Aproximadamente, a las 02:00 hrs, se les llamó para que pasaran al paciente, pero no contestaron; y ya no estaban el paciente ni los custodios. Cuando se volvió a ver a los custodios, el paciente se encontraba recostado en el pasillo entre los consultorios del filtro y al acudir al pasillo a revisarlo, el paciente ya había fallecido, dando parte al Dr. José Luis Gutiérrez Velázquez, asistente de la Dirección de la Guardia "B" Nocturna.

4.4.4 El 12 de septiembre de 2008, se recibió el oficio 395/08, mediante el cual, el Director del Servicio Médico Forense del Distrito Federal, remitió copia del protocolo de necropsia y la secuencia fotográfica de la misma. Adicionalmente, informó que a criterio de los peritos no se requería estudios químico-toxicológicos ni de patología para complementar el estudio de ésta (necropsia). De la revisión a los resultados de la necropsia se desprende:

OTROS HALLAZGOS: Úlcera de presión localizada en hombro izquierdo, región sacra sobre línea media posterior, pelvis. Presenta úlceras en pierna derecha de 12 por 5 centímetros, de 3 por 2 centímetros y de 7 por 7 centímetros, edema de pierna y pie izquierdos.

EXTERIORMENTE PRESENTA: Excoriación de 2 por 2 centímetros cubierta de costra hemática situada en región malar izquierda.

ABIERTAS LAS GRANDES CAVIDADES ENCONTRAMOS EN LA CRANEANA: El encéfalo con peso de 1450 gramos congestionado a los cortes; estructuras que conforman la bóveda y la base del cráneo íntegras.

[42] Parasitación de tejidos y órganos de vertebrados por larvas de mosca.
[43] Bajo nivel de potasio

EN EL CUELLO: Esófago, laringe y tráquea con sus mucosas congestionadas y libres en su luz.

EN LA TORÁCICA: Pulmón derecho con peso de 700 gramos y el izquierdo de 550 gramos, endurecidos, aumentados de volumen los cortes con salida de materia purulenta con datos macroscópicos de bronconeumonía.

EN LA ABDOMINAL: El hígado, bazo y páncreas con presencia de natas purulentas que recubren con su superficie a los cortes congestionados. Los riñones con presencia de pus a los cortes. El estómago vacío en su luz. La vejiga vacía. Asas de intestino delgado y grueso con presencia de abundante material purulento con datos macroscópicos de peritonitis.

CONCLUSIÓN: FALLECIÓ DE CUADRO SÉPTICO, NO TRAUMÁTICO.

4.4.5. Opinión médica emitida por el personal de la Dirección de Servicios Médicos y Psicológicos de la CDHDF del 30 de junio de 2009, de la cual se desprende:

1. En lo que se refiere a la Unidad Médica del RPVO:

Hubo mala práctica por parte de los médicos de la UMRPVO que trataron al agraviado, al no hacerlo constar en el expediente clínico como los establece la Norma Oficial Mexicana sobre el expediente clínico. Esto contribuyó para que no se realizara un diagnostico oportuno y fuera canalizado de manera urgente a un hospital para que recibiera el tratamiento adecuado y oportuno. Lo anterior, pues existen datos clínicos que hacen evidente que los procesos infecciosos encontrados durante la necropsia, son enfermedades de evolución no aguda.

2. Respecto al Hospital General Xoco.

Al ser referido al Hospital General Xoco con los diagnósticos de insuficiencia respiratoria, desequilibrio hidroeléctrico, el agraviado debió haber sido atendido urgentemente en cuanto arribó al Hospital, por lo que los médicos del Servicio de Urgencias incurrieron en mala práctica al no otorgarle atención de manera expedita, eficiente y eficaz, con el manejo que las condiciones del caso requiere, como lo establece la Norma Oficial Mexicana 206, que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de Urgencias de los establecimientos de atención médica.

4.5 Caso 5. Interno en el Reclusorio Preventivo Varonil Norte a quien se diagnostica de manera inoportuna VIH-SIDA y existe retardo en el tratamiento. (CDHDF/II/122/GAM/08/P0539)

4.5.1 El 30 de enero de 2008, por oficio MPQ/Q-123-08, esta Comisión solicitó a la Directora del RPVN, diversas medidas para atender los hechos de la queja, entre ellos que se le brindara atención médica.

4.5.2 El 8 de febrero de 2008, el agraviado manifestó que:

Desde hace tres meses le salieron diversas *bolas* en el cuello. Al principio no le dolían, pero desde hace aproximadamente 20 días le comenzó a doler. Solicitó en diversas ocasiones al personal de Seguridad y Custodia y a Técnicos Penitenciarios, lo trasladaran a la Unidad Médica; sin embargo, no lo han llevado. Aclaró que nunca ha padecido de una enfermedad parecida y no tiene conocimiento de algún otro padecimiento.

4.5.3 En la misma fecha, personal de esta Comisión acudió con personal de la Mesa de Derechos Humanos de ese Reclusorio, a quien se le solicitó llevaran al [agraviado] a la Unidad Médica, para que se le brindara atención médica.

4.5.4 El 22 de febrero de 2008, el agraviado manifestó a personal de la CDHDF que:

El 21 de febrero de 2008, lo canalizaron a la Unidad Médica de ese Reclusorio pues tenía cita para que le practicaran diversos estudios. La finalidad de éstos era determinar el padecimiento que presentaba. Los estudios que le practicaron fueron de sangre y un exudado faríngeo.

Los resultados de esos estudios los entregarían el 26 ó 27 de febrero de ese año.

4.5.5 El 3 de marzo de 2008, el agraviado manifestó al personal de la CDHDF que:

Sus análisis llegaron este día (3 de marzo), acudió a la unidad médica de ese Reclusorio con la finalidad de que le dieran una consulta y la lectura de estos, llegó alrededor de las 11 horas, sin embargo, le indicaron que no le podían dar lectura ni consulta, por lo que se retiró.

4.5.6 El 24 de abril de 2008, la peticionaria manifestó al personal de la CDHDF que le informaron que su hijo era portador de VIH-SIDA, por lo que sería trasladado a la Penitenciaría del Distrito Federal.

4.5.7 El 7 de mayo de 2008, la peticionaria manifestó al personal de la CDHDF que:

Su hijo fue trasladado del RPVN a la Penitenciaría del Distrito Federal a la unidad médica pues que su estado de salud se encontraba muy deteriorado, presentaba diarrea y altas temperaturas, no tenía fuerza en su cuerpo y estaba muy débil; además, en los últimos tres meses perdió 35 kilos y ya no puede hablar.

Se entrevistó con el médico de dicha Unidad, el cual le informó que su hijo requiere que a la brevedad le sean realizados una serie de estudios clínicos para determinar su actual estado de salud y con ello, se iniciara el tratamiento correspondiente relacionado con cargas virales y con ello evitar que su estado de salud se deteriore más.

El médico le indicó que en dado caso de que en esa Unidad Médica no se contara con los medicamentos que su familiar requiere, éste sería referido a la

Clínica Especializada Condesa (donde son tratados las personas que padecen VIH-SIDA).

4.5.8 Oficio 2-6903-08, del 9 de mayo de 2008, por el que esta Comisión solicitó al Jefe de Unidad Departamental de Servicios Médicos en Reclusorios que personal médico de la Penitenciaría del Distrito Federal, examinara el estado de salud del agraviado y se le brindara atención médica, pues presuntamente era portador de VIH, se verificara que contara con los estudios de carga viral y de CD-4 necesarios para un diagnóstico adecuado.

4.5.9 Oficio HCRSM/1254/08/08, del 22 de agosto de 2008, suscrito por la Encargada de la Unidad Médica de la Penitenciaría del Distrito Federal, en el que informa que:

a) El paciente en mención (agraviado), ingresó a esta Penitenciaría del Distrito Federal el 27 de abril de 2008, proveniente del RPVN alcanzando los máximos beneficios de libertad el 30 de mayo de 2008, por lo que solo podemos informar durante dicho plazo.

b) Al ingresar el paciente a esta Institución llegó con el diagnóstico de VIH-SIDA en una etapa ya avanzada y con síndrome de desgaste[44] y desde ese momento se le indica tratamiento médico para su padecimiento, por lo que no considero que se haya incurrido en negligencia médica por parte del personal adscrito a este Hospital, ya que el paciente se le canalizó a la Clínica Condesa el 6 de mayo, para ser valorado por el servicio de infectología en donde le indicaron el tratamiento antirretroviral mismo que se le continuó proporcionando en este Hospital.

c) Posteriormente el 27 de mayo de 2008, continúa con mal estado en general por lo que se envía nuevamente a la Clínica Condesa el 28 de mayo de 2008, en donde señalan que no se debe interrumpir tratamiento antirretroviral e indican la realización de trasfusiones sanguíneas las cuales se llevaron acabo.

d) El 29 de mayo de 2008, se solicitan los máximos beneficios de libertad mismos que se le otorgaron el 30 de mayo de 2008.

A este informe, se agrega información firmada por una doctora adscrita a esa unidad médica, en la cual se proporcionan los siguientes datos:

a) El paciente ingresó a la Penitenciaria del Distrito Federal el 27 de abril de 2008 procedente el Reclusorio Norte.

b) El reporte de Westerblot tiene fecha de 18 de marzo de 2008.

[44] Proceso asociado a la infección sintomática por VIH. Se caracteriza por fatiga intensa y depresión psíquica profunda provocados por una depleción de los neurotransmisores simpaticomiméticos, responsables de la eutimia y la vigilia, y por un aumento gradual del neurotransmisor óxido nítrico hasta el punto de convertirse en un tóxico neuronal.

c) Ingresa a hospitalización en la Penitenciaria el 5 de mayo de 2008 por cuadro diarreico de 4 días de evolución. Pérdida de peso de 30 kilogramos en dos meses.

d) El 6 de mayo de 2008 se realiza valoración a la Clínica Condesa para ajuste de tratamiento e inició de antirretrovirales. Los diagnósticos de contrarreferencia son: VIH SIDA, síndrome de desgaste, adenitis en estudio síndrome diarreico. Se prescriben antirretrovirales. Lo regresan a la Penitenciaría.

e) El 27 de mayo de 2008 se solicita nueva interconsulta a Clínica Condesa por presentar cuadro enteral.

f) El 28 de mayo de 2008 es valorado en Clínica Condesa indican: no suspender antirretrovirales, hemotransfundir paquetes globulares, se sugiere manejo en tercer nivel.

g) El 30 de mayo de 2008 se otorgan máximos beneficios de libertad anticipada.

4.5.10 Expedientes clínicos formados con motivo de la atención médica que recibió el agraviado en el Reclusorio Preventivo Varonil Norte (RPVN) y la Penitenciaría del Distrito Federal.

4.5.11. Opinión médica realizada con fecha 21 de abril de 2009, por el personal de la Dirección de Servicios Médicos y Periciales de la CDHDF, en la cual se obtuvieron las siguientes conclusiones:

Se puede establecer que hubo mala práctica médica en la atención a dicho paciente consistente en:

• Dilación en la instauración del tratamiento antirretroviral al paciente por parte del personal médico del Hospital del Centro de Readaptación Social Masculino de la Penitenciaría del Distrito Federal (Unidad Médica de la Penitenciaría).

• Dilación en la notificación al paciente de que era VIH positivo, pues desde el 18 de febrero de 2008 se conoció que los resultados de laboratorio fueron positivos y ello se le informó al paciente hasta el 23 de abril de 2008. Ello retrasó retraso la administración de antirretrovirales.

• No existe constancia en el expediente clínico del HCRSMSM que se haya realizado la hemotransfusión sugerida por una médica especialista de la *Clínica Condesa*, o que se haya justificado médicamente la omisión de hemotransfundir a dicho paciente, por ello se puede presumir fundadamente que tal hemotransfusión no se llevó a cabo.

4.6. Caso 6. Interno en el Reclusorio Preventivo Varonil Oriente que muere por estallamiento de vísceras, no detectado de forma oportuna. (CDHDF/II/121/GAM/08/P2081)

4.6.1 Oficio 2-5349-08 del 17 de abril de 2008, mediante el que esta Comisión solicitó al Jefe de la Unidad Departamental de Servicios Médicos en Reclusorios de la Secretaría de Salud del D. F, y a la Encargada de la Dirección de la Unidad

Médica del RPVO, adoptaran las medidas precautorias adecuadas y suficientes para que se examinara el estado de salud del agraviado, se le proporcionara la atención médica y medicamentosa necesaria, asimismo se requirió que en caso de ser necesario, lo atendiera un médico especialista a fin de determinar el tratamiento más adecuado.

4.6.2 Acta circunstanciada del 21 de abril de 2008, en la que consta que un Visitador Adjunto de esta Comisión se constituyó en el interior del RPVO, para entrevistar al agraviado y verificar su estado de salud; corroboró que dicho interno no se encontraba bien de salud, estaba pálido, caminaba lentamente y con signos de dolor, con ambos brazos se oprimía el estómago y le costaba trabajo mantenerse de pie, motivo por el cual el funcionario de este Organismo trasladó al citado interno a la Unidad del Servicio Médico del RPVO, lugar donde los atendió el Dr. Julián Pedro Coca López, Subdirector Médico de dicha institución, a quien se le solicitó valorara médicamente al interno, indicando éste servidor público quien ya había atendido al interno, que lo que él presentaba era un trastorno mental y comportamiento secundario a fármaco dependencia pero de cualquier manera lo volvería a valorar y que en su momento informaría a esta Comisión el tratamiento clínico a seguir.

El Dr. Julián Pedro Coca López, realizó valoración médica al ahora finado, en la cual determinó que dicha persona presentaba Trastorno Mental y de comportamiento secundario a farmacodependencia.

4.6.3 En la nota de valoración médica realizada en la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Oriente de fecha 21 de abril de 2008, por el Subdirector Médico de esa institución, se mencionan sus datos personales y los relativos a su estado de salud, los que a continuación se transcriben:

> Padecimiento actual: Lo inicia a los 13 años con el consumo de marihuana en forma diaria, máximo un cigarrillo diario. Consumo que continúa hasta la fecha. A los 20 años inicia el consumo de cocaína en forma de polvo y crack. No refiere patrón de consumo. Refiere que hace tres años suspende el consumo. Asimismo consumo solvente tipo thiner, activo, cemento desde los 18 años, suspende el consumo a su ingreso a este Centro. Consume pastillas psicotrópicas del tipo flunitrazepam, diazepam y clonazepam.
>
> Refiere tratamiento en el exterior en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, por presentar ideas delirantes y errores de juicio y conducta, permaneciendo hospitalizado dos meses, al egresar suspende tratamiento psiquiátrico.
>
> Examen mental: Masculino de edad aparente similar a la que dice tener, en regulares condiciones de higiene, sin movimientos anormales, marcha normal, alerta orientado globalmente, atención y comprensión disminuida, cooperador discurso coherente, incongruente, con disgregación del pensamiento y pararrespuestas, presenta ideas delirantes de daño y erotómanas. Niega alteraciones sensoperceptuales, juicio disminuido, fuera de la realidad, afecto expansivo, psicomotricidad sin alteraciones, FMS disminuidas.

Comentario: El paciente fue valorado por la médico especialista en psiquiatría Dra. María Elena Morales Uribe, emitiendo los siguientes diagnósticos:

IDX: TRASTORNO MENTAL Y DEL COMPORTAMIENTO SECUNDARIO A FÁRMACO DEPENDENCIA MÚLTIPLE.

Plan: Haloperidol tabletas 5 mgrs. 1-0.2 vía oral . Biperiden. Tabletas 2 mgrs. 1-00 vía oral. Lorazepam tabletas 1 mgr 0-0-1 vía oral.

4.6.4 Oficio DURMPO/0317/08, de fecha 21 de abril de 2008, mediante el cual la responsable de la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Oriente, informa al Jefe de la unidad Departamental Jurídica del mismo Reclusorio, que el agraviado:

> […] fue valorado el día de hoy, diagnosticándole Trastorno Mental y Comportamiento Secundario a Fármaco Dependencia Múltiple, se prescribió tratamiento, haciendo la aclaración que el interno ya fue valorado por el especialista en psiquiatría y fue éste quien prescribió el tratamiento. Por otro lado, es importante señalar que el interno negó tener la sintomatología que refiere su familiar.
>
> Se anexa copia de la valoración realizada. Se hace notar que dicha copia es casi idéntica a la que se reproduce en el numeral 4.6.3, cambiando lo siguiente:

En la copia que se adjunta en este numeral, en el comentario señala:	En la valoración señalada en el numeral anterior, en el comentario dice:
Comentario: **En relación a lo manifestado por el familiar en la queja que cursa con un cuadro de dolor abdominal el paciente niega tener alteraciones a ese nivel y no presentar sintomatología alguna.** El paciente fue valorado por la médico especialista en psiquiatría Dra. María Elena Morales Uribe, emitiendo los siguientes diagnósticos: IDX: trastorno mental y del comportamiento secundario a fármaco dependencia múltiple.	Comentario: El paciente fue valorado por la médico especialista en psiquiatría Dra. María Elena Morales Uribe, emitiendo los siguientes diagnósticos: IDX: trastorno mental y del comportamiento secundario a fármaco dependencia múltiple.

4.6.5 Hoja de referencia de fecha 21 de abril de 2008, firmado por la Dra. Oralía Pérez Baltasar y el Dr. Julián Pedro Coca López, entonces Directora y Subdirector Médico de la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Oriente, respectivamente, en la que consta que el agraviado fue canalizado al CEVAREPSI para ser valorado.

4.6.6 Certificados de estado físico de fechas 21 y 22 de abril de 2008, realizados por personal de la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Oriente, señalan de forma coincidente que el agraviado, a la inspección física no se encuentran señales de lesiones recientes.

4.6.7 El 22 de abril de 2008, los Técnicos en Seguridad del Tercer Grupo de nombres Rico Martínez José Julio, Herrera García Alfredo, Cova Monroy Héctor, Mispas de la Cruz José de Jesús y López Ochoa José Manuel, firmaron el parte Informativo con motivo del deceso del agraviado, en el cual señalaron lo siguiente:

> Por medio del presente informo a usted que siendo aproximadamente las 16:00 horas del día de la fecha, al realizar la diligencia a diferentes juzgados de diferentes internos y al encontrarnos frente al Juzgado Vigésimo Sexto de Paz Penal con domicilio en Av. 5 de mayo y 2 de abril en el Barrio de San Lucas, Delegación Iztapalapa, al subir a un interno que ya había sido atendido por dicho Juzgado, los internos que se encontraba dentro de la Unidad, manifestaron que el interno […],se había hecho del baño, a lo que contestamos que aguardaran un poco ya que el interno que estaba siendo atendido estaba por terminar su audiencia, al pasar aproximadamente 10 minutos, los internos golpearon la puerta de la Unidad y al abrir la puerta del exterior para ver qué es lo que querían, estos manifestaron que el interno se encontraba inmóvil por lo que decidimos abrir la segunda puerta subiendo el C. Rico Martínez José Julio encargado de la diligencia para checar al interno en mención y verificar que era cierto, por lo que dimos aviso a la superioridad vía telefónica de lo ocurrido, la cual ordenó que permaneciéramos en el lugar hasta que se presentaran las autoridades correspondientes para dar fe de los hechos.

4.6.8 El 23 de abril de 2008, se recibió en esta Comisión el oficio DUMRPO/0317/09, signado por la Dra. Oralia Pérez Baltazar, entonces Encargada de la Dirección de la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Oriente, mediante el cual informó que:

> El interno, fue valorado el 21 de abril de 2008, diagnosticándole trastorno mental y del comportamiento secundario a farmacodependencia múltiple, se prescribió tratamiento, haciendo la aclaración que el interno ya fue valorado por especialista en psiquiatría y fue este quien prescribió el tratamiento. Por otro lado, es importante señalar que el interno negó la sintomatología que refiere su familiar.

4.6.9 El 25 de abril de 2008, el Visitador Adjunto a cargo de la investigación del caso, entrevistó a los internos que se encontraban con el agraviado al momento de su fallecimiento, quienes de forma coincidente informaron:

> Lo sacaron de su Dormitorio a las 07:00 horas y luego lo formaron, cuando estaba formado iban llegando los demás internos percatándose que […], se veía muy enfermo y no podía sostenerse de pie, incluso lo tuvieron que ayudar para subirlo a la camioneta, en el interior del vehículo se acomodó al fondo del lado izquierdo y se sentó en el piso, saliendo del Reclusorio entre las 09:00 y 10:00 horas aprox., en el trayecto, el agraviado no se quejaba ni decía nada y solo lo veía cuando abrían las puertas para que sus demás compañeros salieran a

diligencia, cuando le tocó su turno lo vio dormido y al regresar de diligencia como a las 15:30 horas sus compañeros le dijeron que […] se había hecho del baño y olía muy feo en el interior de la camioneta. Al no aguantar el olor golpearon la camioneta y le informaron a uno de los custodios lo sucedido y éste les dijo que no podía hacer nada que se esperaran un momento, más tarde los custodios abrieron la puerta y uno de ellos tocó al interno y éste ya no respondía, por lo que volvieron a cerrar las puertas, él no se percató que hayan golpeado a […], que sí le consta que iba enfermo.

4.6.10 Oficio 2-6870-08 del 9 de mayo de 2008, mediante el que esta Comisión solicitó al Jefe de la Unidad Departamental de Servicios Médicos en Reclusorios de la Secretaría de Salud del D. F., un informe escrito, amplio y detallado de los hechos motivo de la queja; asimismo: a) Que la Encargada de la Unidad del Servicio Médico del RPVO, informara el motivo por el cual hasta el 21 de abril de 2008, personal médico adscrito al mencionado Centro de Reclusión valoró médicamente al interno […] b) Comunicara la hora y fecha en que recibió el oficio 2-5349-08 del 17 de abril del presente año, por medio del cual esta Comisión requirió se examinara médicamente al […]. c) Finalmente, enviara copia certificada del expediente clínico del agraviado.

4.6.11 El 14 de mayo de 2008, se recibió en esta Comisión el protocolo de necropsia practicada al agraviado por peritos médicos forenses, adscritos al Servicio Médico Forense del Distrito Federal, en el cual concluyeron:

EL RESULTADO ES EL SIGUIENTE: El cadáver corresponde al de un sujeto del sexo masculino, de 35 años de edad, el cual 174 centímetros de estatura, 81 centímetros de perímetro torácico, 73 centímetros de perímetro abdominal.

EL CADÁVER PRESENTA: Flacidez muscular generalizada, opacidad corneal, livideces de las regiones posteriores del cuerpo que desaparecen a la digito presión, Desepitelización escrotal y labial.

OTROS HALLAZGOS: Conjuntivas y lechos ungueales y pálidos. Caquexia generalizada. Dos cicatrices en cara anterior del cuello: la primera de 6 por 1 centímetro y la segunda 1 por 1 centímetros.

LESIONES AL EXTERIOR: Nueve escoriaciones irregulares: la primera en codo derecho de 0.5 por 0.5 centímetros; la segunda de 1 por 0.5 centímetros; la tercera de 1.5 por 1 centímetros; la cuarta de 0.5 por 0.5 centímetros; la quinta de 1 por 1 centímetros; la sexta de 3 por 1 centímetros; la séptima de 3 por 1.5 centímetros; la octava de 2 por 2 centímetros; y la novena de 2.5 por 1.5 centímetros. Todas están situadas a lo largo de la línea posterior, inmediatamente arriba de las apófisis espinosas, las primeras tres a nivel torácico y las restantes a nivel lumbar. Zona de apergaminamiento de 2 por 0.5 centímetros en cara anterior del tercio medio de la pierna derecha. Equimosis violácea rodeada de equimosis verdosa de 6 por 5 centímetros. En cara antero interna de tercio proximal de antebrazo derecho.

ABIERTAS LAS GRANDES CAVIDADES ENCONTRAMOS EN LA CRANEANA: Tejidos pericraneanos sin alteraciones. El encéfalo con peso de 1300 gramos,

congestionado en la superficie y al corte. Bóveda, base y macizo facial sin alteraciones.

EN EL CUELLO: El esófago y la tráquea con sus mucosas congestionadas y libres en su luz. Columna cervical íntegra.

EN LA TORÁCICA: Los pulmones con peso de 600 gramos el derecho y de 550 graos el izquierdo, ambos crepitantes, con petequias subpleurales, al corte se observa salida de material espumoso blanquecino. Presenta una zona de infiltración hemática de 3 por 2 centímetros en lóbulo superior de pulmón izquierdo, al corte se observa base eterna y vértice interno. El corazón con peso de 275 gramos y con las siguientes medidas valvulares: tricúspide 14 centímetros pulmonar 14 centímetros, pulmonar 14 centímetros, mitral 10.5 centímetros, aórtica 7 centímetros, espesor medio del ventrículo izquierdo de 11 milímetros y espesor medio del ventrículo derecho de 4 milímetros.

EN LA ABDOMINAL: El hígado congestionado al corte, en bazo se observa desgarrado a nivel de su íleo con hematoma retroperitoneal subyacente; pálido al corte; el páncreas presenta dos zonas de infiltración hemática: la primera a nivel de la cabeza y la segunda a nivel de su cola, al corte congestionado; los riñones congestionados en la superficie y a los cortes, el riñón izquierdo contundido[45] a nivel de su cápsula. Mesenterio[46] contundido a nivel de fosa iliaca izquierda. El estómago con escaso líquido café en su cavidad; la vejiga vacía. Hemoperitoneo líquido y coagulado de 2000 centímetros cúbicos. Pelvis ósea integra.

ESTUDIOS: Se envían muestras de sangre para determinación de alcohol y estudios químicos toxicológicos, cuyos resultados se comunicarán en su oportunidad.

CONCLUSIÓN: El agraviado falleció de las alteraciones viscerales y tisulares mencionadas, causadas en los órganos interesados por el traumatismo abdominal ya descrito que clasificamos de mortal *(sic*).

Las lesiones descritas al exterior son de las que tardan en sanar menos de 15 días.

4.6.12 Al dictamen de necropsia, se agrega dictamen del laboratorio médico toxicológico del Servicio Médico Forense del Distrito Federal, en el que se concluye que el agraviado resultó negativo a la presencia de benzodiacepinas, canabinoides, anfetaminas, barbitúricos, opiáceos, negativo a la presencia de alcohol etílico y sustancias volátiles.

[45] Golpear, magullar.
[46] Membrana serosa que constituye un repliegue plano del peritoneo, principalmente de tejido conjuntivo, que contiene numerosos vasos sanguíneos y linfáticos con destino a las vísceras abdominales, y que une al estómago y el intestino con las paredes posteriores del abdomen, dando así posicionamiento a estos órganos digestivos.

4.6.13 Relacionado con el resultado de la necropsia, se encuentra el dictamen elaborado por el Dr. Rodolfo Reyes Jiménez, perito médico de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, de fecha 25 de abril de 2008, el cual señala:

> CONSIDERACIONES: Se desprende que el hoy occiso […], el día 23 de abril de 2008 presentó lesiones de tipo: el hígado congestionado al corte, el bazo desgarrado a nivel del hilo con hematoma retroperitoneal subyacente pálido al corte; el páncreas presenta dos zonas de infiltración hemática; la primera a nivel de la cabeza y la segunda a nivel de su cola, al corte congestionada; los riñones congestionados en la superficie y a los cortes el riñón izquierdo contundido al nivel de su cápsula. Mesenterio contundido a nivel de fosa ilíaca izquierda. Hemiperitoneo líquido y coagulado de 2000 centímetros cúbicos, haciendo mención que solo el bazo se encontró desgarrado, produciendo sangrado y acumulación de sangre lo que produjo hemiperitoneo líquido y coagulado de 2000 centímetros cúbicos que en un grado my elevado de probabilidad de que dichas lesiones y por la acumulación de sangre en la cavidad abdominal se produjeron en un lapso de 14 a 16 horas anteriormente a su fallecimiento.

4.6.14 El 15 de mayo de 2008, se recibió el oficio UDSMR/00857/08, firmado por el Jefe de la Unidad Departamental de Servicios Médicos en Reclusorios de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, por medio del cual remitió copia del oficio DUMRPO/0353/08 suscrito por la entonces Encargada de la Unidad Médica del RPVO, en el que informó que el interno […] fue valorado hasta el 21 de abril de 2008, porque hasta esa fecha se presentó en la Unidad Médica a pesar de haberlo solicitado desde el 18 de abril.

4.6.15 El 18 de febrero de 2009, esta Comisión con los oficios 2-3286-09 y 2-3298-09 solicitó al Director General de Derechos Humanos de la PGJ y al Contralor Interno de la Secretaría de Salud del D. F., para que se iniciara la indagatoria correspondiente, así como procedimiento administrativo en contra del personal médico adscrito a la Unidad del Servicio Médico del RPVO, por no haber brindado la atención médica de manera adecuada y oportuna al hoy occiso.

4.6.16 El 25 de febrero de 2009, se recibió el oficio DGDH/DEA/503/693/02-09, signado por la Directora de Enlace "A" de la Dirección General de Derechos Humanos de la PGJ, en el que envió copia del oficio S/N firmado por el Responsable de la Coordinación Territorial IZP-8 informando que el 20 de agosto de 2008, luego de haberse practicado las diligencias pertinentes y necesarias, el titular de la Unidad Investigadora sin detenido dictó acuerdo de no ejercicio de la acción penal temporal en la averiguación previa FIZP/IZP-4/T1/00956/08-04.

4.6.17 Oficio 1390, del 22 de abril de 2009, firmado por la Directora de Orientación Ciudadana y Derechos Humanos del Tribunal Superior de Justicia del D. F., en el cual envió copia simple del oficio número D-0407/2009 signado por el Director del Servicio Médico Forense del Tribunal Superior de Justicia del D. F., en el que señaló lo siguiente:

> […]

TERCERA: ¿Cuáles fueron los órganos lesionados y cómo contribuyeron de orden de importación al hemoperitoneo? Respuesta: Los órganos lesionados están descritos en el Protocolo de necropsia y son Bazo-Desgarro a nivel de su hilo.

CUARTA: ¿Cuáles eran las dimensiones (largo, ancho y profundidad) de la lesión en el bazo que presentaba el cadáver del agraviado? Respuesta: Lo desconozco, ya que yo no tuve a la vista el cadáver y no están descritas en el protocolo de necropsia. Mi intervención solo fue en base a los elementos contenidos en la averiguación previa y los descritos en el cuerpo del dictamen referido.

QUINTA: ¿Qué estructuras anatómicas específicas del hilo del bazo resultaron afectadas por la lesión de dicho órgano que presentó el cadáver de […]? Respuesta: Como ya se mencionó en las dos respuestas anteriores, en la necropsia solo se menciona "desgarro a nivel del hilo del bazo".

SEXTA: ¿Considera que para establecer el tiempo en que se produjeron las lesiones y produjo la muerte, es o no, importante conocer qué órganos contribuyeron al hemoperitoneo, así como conocer las dimensiones (largo, ancho y profundidad) de la lesión del bazo, y las estructuras anatómicas incluidas arterias y venas del hilo que resultaron afectadas por dicha lesión en el cadáver de […]? Respuesta: Sí es importante.

SEPTIMA: ¿Tuvo usted conocimiento que el señor […], presentaba dolor en el abdomen desde aproximadamente doce días antes del fallecimiento? ¿Es o no importante conocer los antecedentes personales patológicos y considerarlos para elaborar sus dictámenes? Respuesta: Mi actuar médico pericial es concreto al cuestionamiento formulado por el C. Agente del Ministerio Público, en la averiguación previa respectiva, hasta el momento de mi intervención no existía ninguna documental médica del Reclusorio en donde se encontraba, y que se refiera el padecimiento del hoy occiso.

[…]

NOVENA: ¿Cuáles son los argumentos médicos concretos o específicos en los que se basó para establecer que las lesiones, tanto internas como externas fueron ocasionadas en un lapso de 14 a 16 horas antes de su fallecimiento? Repuesta: En la conclusión del dictamen fechado el 25 de abril de 2008, únicamente referí la lesión mortal en el órgano llamado bazo, así mismo, el hemoperitoneo líquido y coagulado y dado a que la coagulación es un fenómeno fisiológico que solo se presenta en un organismo vivo. Me basé en la experiencia y en la bibliografía revisada.

4.6.18 Oficio UDSMR/00877/09, del 21 de mayo de 2009, signado por el entonces Jefe de la Unidad Departamental de Servicios Médicos en Reclusorios de la Secretaría de Salud del D. F., mediante el cual remitió copia del oficio DUMRPO/09 firmado por la Dra. María Elena Morales Uribe, Encargada de la Unidad Médica del RPVO, quien informó:

El agraviado al ser valorado por el Dr. Julián Pedro Coca López, le refirió que no tenía ninguna molestia en el abdomen y a la exploración no se presentó ningún signo que integrara algún síndrome doloroso abdominal, por tal motivo se obvió escribir lo no encontrado en esa exploración, dado que el paciente presentaba signos compatibles con un trastorno psiquiátrico, se decidió referirlo de forma de urgencia al CEVAREPSI[47] para su valoración e integración de tratamiento médico.

Si bien es cierto que en la queja se formulaba que el paciente tenía dolor de estómago y fiebre, al realizar el interrogatorio al paciente se le preguntó sus malestares en el estómago, y refirió que no tenía ningún problema con el estómago ni fiebre.

Cabe hacer la aclaración que en éste caso en particular, no se asentó lo encontrado en la exploración física del abdomen por no haber integrado ningún síndrome doloroso abdominal y ni siquiera dolor en el estómago, ni fiebre, abocándose a realizar la referencia para que fuera valorado por parte del especialista en psiquiatría en el CEVAREPSI, y así lo demuestra la hoja de referencia que se le realizó al paciente, debo aclarar que en todas las consultas que el doctor realiza, explora todas y cada una de las regiones anatómicas, y si en este paciente no las anotó fue por enviarlo a su ínter-consulta y no haber integrado un síndrome doloroso abdominal ni estomacal.

En relación a lo manifestado por el familiar en la queja de que cursa con un cuadro de dolor abdominal, el paciente negó tener alteraciones a ese nivel y no presenta sintomatología alguna. El paciente fue valorado por la médica especialista en psiquiatría Dra. María Elena Morales Uribe, emitiendo los siguientes diagnósticos: IDX TRASTORNO MENTAL DEL COMPORTAMIENTO SECUNDARIO A FARMACODEPENDENCIA MÚLTIPLE.

En las valoraciones mencionadas en el rubro de plan se menciona:
HALOPERIDOL TABLETAS 5 MGR 1-0-2 VO
BIPERIDEN TABLETAS 2 MGR 1-0-0-VO
LORAZEPAN TABLETAS 1 MGR 0-0-1 VO

El tratamiento que se le implementó por el especialista en psiquiatría, el paciente lo estaba tomando hasta ese día, ignorando por la sintomatología que presentaba si él continuaba tomando el tratamiento médico establecido, por la sintomatología propia de un cuadro sicótico agudo, se realiza hoja de referencia al CEVAREPSI.

Al realizar el interrogatorio del paciente y manifestar que él no presentaba ninguna molestia estomacal ni abdominal y no tenía fiebre, el médico se avocó a realizar su valoración y realización de la hoja de referencia para que el paciente fuera valorado por el especialista en Psiquiatría.

[47] Centro Varonil de Readaptación Psicológica.

4.6.19 El 16 de junio de 2009, el Director de los Servicios Médicos y Psicológicos de la CDHDF emitió opinión médica sobre el caso del agraviado, en la cual destaca dos rubros:

> 1. […] existen datos clínicos que hacen evidente que las lesiones intra abdominales halladas durante la necropsia al cadáver del agraviado, ya existían cuando fue valorado médicamente por el Dr. Pedro Julián Coca López el 21 de abril de 2008, y que hubo mala practica médica por parte de dicho médico tratante al no haber examinado físicamente como lo establece la clínica o semiología medica y la norma oficial mexicana sobre el expediente clínico. Todo ello contribuyó para que dicho médico tratante no realizara un diagnóstico oportuno y canalizara de manera urgente al paciente a un hospital para que recibiera el tratamiento adecuado.
>
> 2. Se establece médicamente que la falta de atención médica oportuna por parte del médico tratante, tuvo como una de sus consecuencias el que el agraviado padeciera de dolores o sufrimientos físicos.
>
> 3. Al carecer el Dr. Rodolfo Reyes Jiménez, perito médico de la PGJ, de los antecedentes y los datos clínicos arriba apuntados para la elaboración de su dictamen médico del 25 de abril de 2008, su conclusión en lo concerniente al tiempo de producidas las lesiones con respecto a la hora de la muerte, carece de sustento médico científico por lo que resulta no válida.
>
> 4. Hubo mala práctica médica por parte de los tres médicos que elaboraron certificados de estado físico al agraviado, consistente en no haber realizado las certificaciones de acuerdo como lo exige el propio formato de certificación de estado físico.

4.7 Caso 7. Interno en el Reclusorio Preventivo Varonil Sur quien fallece por infarto agudo en el miocardio, no atendido de forma adecuada ni oportuna. (CDHDF/II/122/XOCH/08/P2244).

4.7.1 Nota de referencia realizada por la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Sur al Hospital Torre Médica Tepepan, con fecha 27 de febrero de 2008, en la que se solicita valoración por el servicio de cardiología.

4.7.2 Nota médica realizada por el servicio de cardiología del Hospital Torre Médica Tepepan, con fecha el 29 de febrero de 2008, se menciona que el agraviado presenta ligera palidez, ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad y duración, no se auscultan soplos. Se le realizaron estudios de laboratorio como química sanguínea y electrolitos séricos, no hubo reactivo para biometría hemática. No se le tomó radiografía por no haber servicio en este momento. No se le tomó electrocardiograma por falla de aparato. Diagnóstico de egreso hipertensión arterial sistémica descontrolada, probable diabetes mellitus, hipercolesterolemia.

4.7.3 Nota médica realizada por la consulta externa del Reclusorio Preventivo Varonil Sur a las 11:40 horas del día 10 de marzo de 2008, acude nuevamente por presentar dificultad para respirar y tos no productiva. A la exploración física no se

encontraron datos relevantes para el padecimiento actual. Se le diagnosticó hipertensión arterial controlada, probable trastorno conversivo.

Ese día fue nuevamente valorado en la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Sur, de donde lo refirieron a la Torre Médica de Tepepan, en este lugar se le diagnosticó: "Dolor torácico de origen a determinar".

4.7.4 Nota médica realizada por el servicio de cardiología del Hospital Torre Médica Tepepan del 14 de marzo de 2008, donde fue valorado y se egresó con los diagnósticos de: "Hipertensión arterial en estudio, síndrome anémico, probable infección de vías urinarias y probable insuficiencia renal. De acuerdo con la valoración del paciente se le recomienda ser hospitalizado para su control y seguimiento, indicación que el paciente no quiso y deslindó de toda responsabilidad al servicio médico y paramédico de la Torre Médica Tepepan. Se observa una nota en la que se lee: *No deceo ser ospitalisado (sic).* Se indicó que no se le tomó tele de tórax por no haber servicio en este momento.

4.7.5 Nota médica inicial de urgencias realizada por el Hospital General Xoco a las 20:16 del día 16 de marzo de 2009, en la que se determina como diagnostico del agraviado: cianosis peribucal, facies de angustia y palidez de tegumentos. Se observa con taquipnea, utilización de los músculos accesorios, con estertores crepitantes de predominio basal y apical. Impresión diagnóstica, dificultad respiratoria aguda secundaria. Edema agudo pulmonar de tipo cardiogénico. Insuficiencia cardiaca congestiva (globalizada) clase funcional NYHA (New York Heart Assiciation) IV. Síndrome coronario agudo. Se le realizó gasometría y electrocardiograma. Se manejó con tratamiento antiisquémico así como diurético disminuyendo la presencia de estertores aunque con datos de dificultad respiratoria. Estado de salud: Muy grave.

4.7.6 Nota realizada por el Hospital General Xoco a las 6:00 horas del 17 de marzo de 2008, en la que se señala que después de ser valorado el agraviado, solicitó atención por la Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios, ante la posibilidad de que esté cursando con choque cardiogénico.

4.7.7 Nota de ingreso al servicio de terapia intensiva realizada por el Hospital General Xoco a las 20:00 del día 17 de marzo de 2009, en donde se le administró tratamiento médico al agraviado. Fue egresado de ese servicio e ingresado al de Medicina Interna el 25 de marzo de 2008, con los diagnósticos de Síndrome Coronario agudo en tratamiento, infarto agudo al miocardio no reciente, insuficiencia cardiaca crónica secundaria compensada, hipertensión arterial sistémica controlada. Se egresó al agraviado de esta última área y se solicitó valoración por cardiología en el Hospital de Especialidades Médicas de la Ciudad de México, "Dr. Belisario Domínguez".

4.7.8 Oficio UMRS/638/2008-03 de fecha 18 de marzo de 2008 suscrito por la Encargada de la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Sur en el que informa que:

> El paciente en cuestión ha sido valorado por medicina interna el 29 de febrero de 2008, posteriormente el 7 de marzo de 2008 por la doctora Morales, el día 10 de

marzo de 2008 por los doctores Ramírez y la doctora Sánchez adscritos a la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Sur, otorgando tratamiento y solicitando valoración por los servicios de cardiología y psiquiatría. Se realizó trámite y fue valorado por el servicio de cardiología en Torre Médica Tepepan, el 14 de marzo de 2008, comentando el especialista la necesidad de que el paciente permanezca en dicha área para su control y protocolo de estudio, situación que no aceptó el paciente negándose a permanecer hospitalizado, firmando su alta voluntaria deslindando de responsabilidad al servicio médico de ese hospital, manejando los diagnósticos de dolor torácico en estudio, cardiopatía hipertensitiva, H.A.S en estudio, PB. Inf. De vías urinarias y PB. INSUF. Renal; es egresado con tratamiento específico, mismo que se ha otorgado, manteniéndolo en calidad de cita abierta ante cualquier eventualidad. No obstante la renuncia del paciente, se mantiene bajo seguimiento en esta Unidad Médica, continúa pendiente valoración por psiquiatría.

4.7.9 Nota de ingreso al servicio de medicina interna realizada por el Hospital General Xoco a las 16:30 del día 25 de marzo de 2009. En dicho servicio se reporta con falla cardiaca compensada, no ha referido dolor tipo anginoso y solo comenta datos compatibles con enfermedad por reflujo gastroesofágico. Los electrocardiogramas sólo reportan infarto antiguo en la cara inferior y anteroseptal así como bloqueo de rama derecha.

4.7.10 Nota de alta del servicio de medicina interna realizada por el Hospital General Xoco el día 28 de marzo de 2009.

4.7.11 Nota médica realizada por la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Sur del día 2 de abril de 2008, de la que se desprende que el agraviado refirió tos y molestias al comer, señaló que desde hace varios días no había comido bien. También se señala que: “Se muestra manipulador dado que durante la visita el paciente aumentó su respiración así como la frecuencia de sus accesos […] orientado, cardiopulmonar con ruidos cardiacos rítmicos y sincrónicos, campos pulmonares con aumento de vibraciones vocales de pulmón derecho, resto aparentemente normal”.

4.7.12 Nota de referencia realizada por la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Sur al Hospital General Xoco, con fecha 3 de abril de 2008, en el que se establece el diagnóstico de insuficiencia respiratoria secundaria.

4.7.12 Nota médica inicial de urgencias realizada por el Hospital General Xoco a las 12:40 del día 3 de abril de 2009, donde se diagnostica: “insuficiencia respiratoria aguda secundaria, choque cardiogénico, insuficiencia cardiaca, edema pulmonar agudo” […] Se mantiene en observación, se reporta grave, pronóstico reservado a evolución.

Posteriormente (14:30 horas), la Unidad de Reanimación reporta que presenta paro cardiorrespiratorio y falleció. Las causas de muerte que se reportaron son: “edema pulmonar agudo secundario a choque cardiogénico, infarto agudo al miocardio de 20 días de evolución”.

4.7.13 Oficio 04646-2 del 26 de mayo de 2008 signado por el Director del Hospital General Xoco en donde remite copia del expediente clínico del agraviado y resumen médico suscrito por el Jefe del área de Urgencias de ese hospital, en el que se destaca:

> El día 16 de marzo de 2008, ingresó procedente del Reclusorio Preventivo Varonil Sur el agraviado, con los antecedentes de importancia de haber presentado un infarto agudo al miocardio hace 8 años, con secuelas secundarias que amerita manejo con antirritmicos de manera crónica al igual que inhibidores de la ECA. Referido a esta Unidad Médica por evolución de 7 días previos a su ingreso a referencia el mismo paciente con disnea, dolor torácico al igual que no poder respirar de manera adecuada al estar dormido.
>
> A su ingreso se documentó por clínica insuficiencia cardiaca descompensada, y síndrome de riesgo alto, iniciando manejo con tratamiento para ambas patologías cardiológicas en base a protocolo de atención para cardiopatía isquémica y falla cardiaca solicitando apoyo a servicios interconsultantes como la Unidad de Cuidados Intensivos y Medicina Interna. En donde de acuerdo a las notas de evolución del expediente clínico el paciente continuó con tratamiento adecuado evolucionando hacia la mejoría siendo egresado de la UCI al piso de MI, donde determinó su estabilización. Con nota de alta de piso de medicina interna del día 28 de marzo de 2008 por mejoría.
>
> Con comentario escrito en dicha nota; para que se valore por cardiología el mismo paciente sugiriendo se realice el trámite por parte del Reclusorio de referencia. Paciente que se egresó con manejo establecido para su enfermedad de base igual con signos vitales dentro de parámetros normales, se ignora la evolución del paciente en el Reclusorio, reingresando el día 3 de abril del 2008 a las 12:35 horas con datos de choque cardiogénico, compromiso mayor de la mecánica respiratoria y datos clínicos de edema agudo pulmonar mismas patologías que reportan un alto índice de mortalidad. Presentando el paciente parada cardio-respiratoria a las 13:50 horas con atención a base de protocolo de RCP de acuerdo a ACLS sin respuesta a las mismas, por lo que se declara la muerte del paciente a las 14:05 horas.

4.7.17 El 18 de marzo de 2009, personal médico de la Dirección de Servicios Médicos y Psicológicos de este Organismo, emitió dictamen médico respecto a la atención médica brindada al agraviado, bajo las siguientes conclusiones:

> La atención proporcionada al agraviado en la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Sur y en la Torre Médica de Tepepan no fue la adecuada por lo siguiente:
>
> a) Se omitió referir al agraviado a otro hospital de la red ya que de la nota de contrarreferencia con fecha 29 de febrero de 2008 se desprendió que en la Torre Médica de Tepepan no se le practicó una valoración completa de Cardiología por no contar con los estudios de laboratorio y gabinete que él requería.
>
> b) El 10 de marzo de 2008 el agraviado fue valorado en esa Unidad y se determinó que éste presentaba probablemente un síndrome conversivo. Lo

anterior, sin antes realizarle un estudio completo para establecer un diagnóstico adecuado.

c) El 14 de marzo de 2008 fue valorado nuevamente en el mismo hospital y se determinó que el agraviado requería ser hospitalizado y que él se negó. El agraviado fue contrarreferido a la unidad médica del Reclusorio en donde se omitió elaborar una nota en donde se constatara el estado de salud en que se recibió el paciente y si requería ser tratado en algún hospital de segundo nivel, y en su caso, si él se negaba ser trasladado.

2. En lo que respecta al Hospital de la Torre Médica de Tepepan:

a) El agraviado acudió por primera vez el 29 de febrero de 2008 para ser valorado por el servicio de Cardiología, en esa ocasión no se le practicaron los estudios de laboratorio y gabinete que en ese caso se requerían por no contar con ellos.

b) Por esta razón no se cumplió con lo que establece la Norma Oficial Mexicana NOM-197-SSA1- 2000. La cual establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento en hospitales y consultorios de atención médica especializada, en sus numerales 6.2 y 7.2.

c) No se estableció un diagnóstico adecuado y en consecuencia no se proporcionó el tratamiento que el agraviado requería, y a pesar de todo eso fue citado en dos meses.

[…]

4. Con base en las notas médicas del Hospital General Xoco se determina que el señor [agraviado], debió haber sido trasladado desde su primera consulta en la Unidad médica del Reclusorio Preventivo Varonil Sur a un hospital de la Red que contara con los recursos necesarios para establecer un diagnóstico y tratamiento adecuados. Por lo que el agraviado presentó complicaciones de la cardiopatía isquémica que padecía, (insuficiencia cardiaca, edema pulmonar agudo, insuficiencia respiratoria secundaria, choque cardiogénico), la cual no fue prevenida, diagnosticada ni tratadas oportunamente.

4.8 Caso 8: Interno en el Reclusorio Preventivo Varonil Norte que fallece a causa del inadecuado manejo de una enfermedad pulmonar obstructiva crónica. (CDHDF/II/121/GAM/08/P3979)

4.8.1 Oficio de solicitud de medidas precautorias número MPQ-Q-1021-08, de 15 de julio de 2008, mediante el cual este Organismo solicitó al Jefe de la Unidad Departamental de Servicios Médicos en Reclusorios de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, que la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Norte, realizara las acciones necesarias para brindar atención médica al agraviado.

4.8.2 Acta circunstanciada del 18 de julio del 2008, en la que consta que personal de este Organismo solicitó al entonces Encargado de la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Norte que brindara atención médica adecuada al

agraviado y le proporcionara oxigeno de acuerdo a las indicaciones que señaló la Torre Médica Tepepan —por lo menos 7 u 8 horas al día—.

4.8.3 Dictamen Médico elaborado por la médica visitadora de la CDHDF el 13 de agosto de 2008, en el que concluyó que la atención que recibía el agraviado en la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Norte, era incompleta, pues requería administración de oxígeno por un lapso no menor a 12 horas diarias, realización de estudio solicitado desde la Torre Médica de Tepepan (espirometría), estudios continuos de sangre (biometría hemática) para verificar la poliglobulia. Así como que fuera valorado conjuntamente por los servicios de Cardiología y Neumología, a fin de atender en conjunto su padecimiento.

4.8.4 Acta circunstanciada del 14 de agosto del 2008, en la que consta que personal de este Organismo se entrevistó con el entonces Encargado de la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Norte, quien manifestó que [el agraviado] había sido valorado y se decidió su internamiento en esa área, se le suministraría el oxigeno que necesitaba y se le referiría a la Torre Médica Tepepan para valoración por medicina interna.

4.8.5 Oficio de solicitud de medidas precautorias número 2-14126 del 15 de agosto del 2008, en el que esta Comisión solicitó al Jefe de la Unidad Departamental de Servicios Médicos en Reclusorios que instruyera a personal de la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Norte brindara atención médica adecuada al agraviado y en particular, le practicaran el estudio o estudios solicitados de la Torre Médica de Tepepan (espirometría), estudios continuos de sangre (biometría hemática) para verificar la poliglobulia; fuera valorado conjuntamente por la especialidad de Cardiología y Neumología, a fin de ver en conjunto su padecimiento; se le suministrara oxígeno por un lapso de 12 a 19 horas diarias.

4.8.6 Oficio 2-1738-09 de fecha 13 de febrero de 2009, firmado por la encargada de la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Norte. Anexo a este oficio envía un informe complementario en donde se informa:

> El señor agraviado presentaba los antecedentes de Hipertensión Arterial de larga evolución (19 años), Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica y Poliglobulia de 1 año de evolución, teniendo antecedentes de haber laborado por 9 años en fabrica de laminas de cartón y asbesto, fibra de vidrio. Ingreso a Reclusorio el día 4 de junio de 2008, al ser revisado por personal de la Unidad Médica fue trasladado a la Torre Médica Tepepan en donde estuvo hospitalizado hasta el día 12 de julio de 2008; regresando de nueva cuenta a Reclusorio, permaneciendo 2 días hospitalizado y posteriormente fue llevado a su Dormitorio.
>
> Ingresó nuevamente el día 14 de agosto de 2008 en la Unidad Médica del Reclusorio, hasta el día 7 de noviembre de 2008 que fue dado de alta por libertad. Fue enviado a ínterconsultas a la Torre Médica de Tepepan y a Urgencias del Hospital General “La Villa”.

No cuentan con una bitácora de administración de oxígeno, solo se daban las indicaciones médicas de la administración del oxígeno y quedaban asentadas en hojas de enfermería. El paciente estuvo con oxígeno todo el tiempo que estuvo hospitalizado; se le administraba 2 o 3 horas y el paciente tenía el tanque de oxígeno a su lado y lo utilizaba cada vez que quería; que si se indicó 2 o 3 horas era debido a que en ocasiones no había suficiente oxígeno y a la vez otros pacientes lo requerían.

4.8.7 Expedientes clínicos integrados en la Torre Médica Tepepan y Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Norte, con motivo de la atención médica que recibió el agraviado, en las cuales se encuentra la siguiente información de tipo médico;

a) Nota de *egreso (alta)* de *la Torre Médica Tepepan* (en adelante TMT); de fecha 11 de julio de 2008. Ingreso (siendo su fecha de ingreso el día 4 de junio de 2008) por proceso infeccioso de vías respiratorias bajas. Se da de alta por mejoría y continuar su tratamiento médico y oxígeno complementario en Unidad Médica de Reclusorio. Diagnósticos de egreso: EPOC compensado y poliglobulia secundaria. Dentro del tratamiento indicado, prescriben oxígeno por puntas nasales 3 litros por minuto por las noches.

b) Nota de *ingreso* a la *Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Norte* del día 12 de julio de 2008. Con diagnóstico de EPOC compensado. Se le indicó tratamiento y realización de diversos estudios.

c) Nota de *consulta externa* del día 17 de julio de 2008, señala que el agraviado fue valorado y se le diagnosticó: "hipertensión arterial de 19 años de evolución y EPOC de 1 año de evolución; solicita interconsulta a Cardiología y manejo ya indicado".

d) Nota de *ingreso a Medicina Interna,* en la Torre Médica Tepepan, del 16 de agosto de 2008 a las 10:45 horas, donde el agraviado es valorado pero enviado sin estudios de laboratorio y ese día y el posterior no cuentan con laboratorios en la Unidad.

Determinan que requería realización de espirometría con broncodilatador; se da tratamiento con broncodilatadores, anticolinergicos, beta-agonistas, oxígeno terapia por razón necesaria.

e) *Hoja de contrarreferencia (Alta Hospitalaria por mejoría de TMT),* con fecha a computadora del 21 de septiembre y a mano del 22 de septiembre. En el resumen mencionan: conocido por largo internamiento previo, con diagnósticos de neumopatía mixta restrictiva y obstructiva, poliglobulia secundaria con requerimiento de al menos 4 procedimientos de sangría roja, hipertenso controlado con enalapril; estancia hospitalaria de 36 días.

El alta se pospone un día por el hecho de que llevarían nebulizador y mezcla de broncodilatadores para aerosolterapia. Por el estado clínico y los resultados de la espirometría, que indican una reducción moderada de la reserva funcional respiratoria principalmente por restricción, neumopatía al parecer permanente

fija, poliglobulia e hiperviscosidad secundaria, necesidad de oxígeno adicional por lo menos 2-3 veces al día, continúa tratamiento con broncodilatadores; requiere seguimiento estricto por el Servicio Médico de su Reclusorio, quedando como ínterconsultantes. El pronóstico global es malo para la función cardiopulmonar y reservado para la vida a todos los plazos, por el proceso crónico que indica factores de riesgo importante para complicaciones.

f) Nota de *internamiento* de la UMRPVN, del 22 de septiembre; neumonía mixta principalmente restrictiva por afección intersticial; EPOC; poliglobulia e hipertensión arterial sistémica.

g) Notas de evolución durante su hospitalización:

I. El 23 de septiembre a las 15:15 horas, el agraviado refiere mareo a la bipedestación, con acrocianosis peribucal y ungueal; campos pulmonares con presencia de estertores no silbantes, con adecuada entrada y salida de aire.

II. El 24 de septiembre el agraviado refiere continuar con dificultad respiratoria. En datos de exploración física presión arterial de 130/90, con colocación de puntas nasales; cianosis peribucal, con inflamación de orofaringe; continua con datos de hipoventilación bilateral y estertores crepitantes; en abdomen a la palpación encuentran hepatomegalia; miembros superiores con cianosis ungueal bilaterales, en extremidades inferiores sin datos de edema.

Indican suspensión del diurético (furosemida) y colocación de solución intravenosa cada 24 horas (1 litro). A las 15:00 horas aumentan a las indicaciones la necesidad de realizar sangría y administración de oxígeno por puntas nasales 3 litros cada 8 horas por 2 horas. En las notas de enfermería, el recuadro de observaciones anotan oxígeno 2 litros por cada 8 horas, pero no está especificado a qué hora se le suministró.

III. En la hoja de registros clínicos de enfermería del 25 de septiembre no se hace mención sobre la administración de oxigeno, de tal manera que ni siquiera está anotado en observaciones.

IV. En las hojas de enfermería del 26 de septiembre está anotado en cuidados específicos el dotar de oxígeno al paciente, pero no mencionan la dosis ni la hora en que se administró.

VI. En los registros de enfermería del 27 del septiembre está especificado que se le administró oxígeno a las 11:00 y a las 19:00 horas.

VII. No se cuenta con registro clínico ni tratamiento del día 28 de septiembre por parte del personal de enfermería. En los registros del día 30 sólo está anotada la administración de oxígeno por puntas nasales; sin indicar dosis y hora en que se le administró.

VIII. El día 1 de octubre el agraviado continúa con la dificultad respiratoria; se especifica: “dice usar muy poco en las puntas nasales (oxígeno)”, persistiendo

los estertores crepitantes a nivel basal y en lóbulos medios. En registros de enfermería no está especificado la hora en que se le administró el oxígeno.

IX. El 8 de octubre, se prescribe oxígeno por 1 hora, debido a la dificultad del agraviado para respirar.

X. El 18 de octubre, se prescribe oxígeno 2 litros por 5 minutos, sin especificar el lapso de tiempo específico.

XI. El 22 de octubre, se prescribe oxígeno a 5 litros por minuto por una hora, cada 8 horas, aplicándolo en control de enfermería.

XII. El 26 de octubre, el agraviado refirió que se le acabó el oxígeno un día anterior, por ello se ha sentido mal, las sensación de sed de aire ha aumentado, la cianosis peribucal también aumentó y la taquicardia se hizo presente; también refiere edema en miembro pélvico izquierdo. Observando el médico que la falta de aire aumentaba la inquietud del paciente y su patología. En los registros de enfermería, dentro de las observaciones está mencionado que el paciente se puso cianótico, por lo cual le pusieron oxígeno, pero éste se acabo.

XIII. El 2 de noviembre refirió el agraviado que estaba sin oxígeno, produciéndose disnea de medianos y pequeños esfuerzos y cianosis peribucal; cambian tanque de oxígeno para que coloquen las puntas nasales.

XIV. El 7 de noviembre a las 9:15 horas, se da de alta al paciente por haber obtenido su libertad. Pero refirió que presentaba dificultad para respirar.

XIII. No existe nota médica del día 1 de noviembre de 2008.

4.8.8 Informe remitido a través del oficio No. 3501 28 2151/0220 de fecha 22 de mayo de 2009, procedente del Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General de Zona No. 24 “Insurgentes”, que contiene opinión técnico-médica en referencia al agraviado; en la cual como datos relevantes menciona:

El día 8 de noviembre de 2008 a las 7: 51 horas acude al Servicio de Urgencias, con datos de disnea de un mes de evolución, con antecedente de Neumopatía Crónica y oxigeno dependiente. Antecedente de Neumopatía Crónica desde hace 2 años, manejado con salbutamol e ipratropio; Hipertensión Arterial desde hace 20 años, controlado con enalapril; Insuficiencia Cardiaca Congestiva clase funcional II-III, manejado con furosemide desde hace 2 años, además de isosorbide.

Ingresa con plétora yugular, cianosis peribucal, disnea importante, taquicardia, galope, campos pulmonares hipoaereados, con estertores subcrepitantes finos; extremidades inferiores con edema hasta muslos, hipotérmicos y con los pulsos disminuidos. Diagnósticos de Insuficiencia Cardiaca Congestiva clase funcional III-IV, Con pulmonale y retención hídrica. Se dio manejo con diuréticos, antibióticos, heparina de bajo peso molecular, aerosolterapia, antihipertensivos y apoyo mecánico ventilatorio por descompensación de su cuadro a su ingreso a Medicina Interna el día 11 de noviembre.

Reciben tomografía el día 12 de noviembre que reporta hipertensión arterial pulmonar, con bronquiectasias quísticas, así como bulas; documentándose derrame pleural de lado derecho, que cuando se hizo estudio no se documentó hemotórax, por lo que piensan que el origen debe de haber sido la ruptura de una bula o flictena, que dio origen al hemotórax. Colocaron sonda pleurovac, con mejoría del colapso pulmonar y mejoría importante del derrame; sin embargo con mal pronóstico a corto plazo por la patología de base.

El paciente fallece el día 14 de noviembre a las 11:56 horas, con los diagnósticos de Neumonía comunitaria, EPOC e Hipertensión Arterial Sistémica.

4.8.9 El 22 de junio de 2009, personal médico de la Dirección de Servicios Médicos y Psicológicos de este Organismo emitió dictamen respecto a la atención médica brindada al agraviado, concluyendo que:

En el caso del señor [agraviado], hubo mala práctica médica consistente por las siguientes razones:

I. No se realizó una valoración integral de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica e Hipertensión Arterial Sistémica, ya que ambas conllevaban a una repercusión a nivel cardiaco; así como no se le valoró por parte de las especialidades de Cardiología y Neumología.

II. No se le proporcionó lo mínimo de oxígeno referido en la literatura médica (el cual va de 12 a 19 litros al día), siendo aparentemente 3 litros diarios los que se le administraban.

III. No se realizaron gestiones para que el paciente fuera llevado a Rehabilitación Pulmonar.

IV. En todas sus hospitalizaciones, al paciente no se le realizaron los estudios indispensables para llevar un control suficiente de su padecimiento (como toma de placa de RX de tórax, gasometría arterial y otra espirometría).

V. Las complicaciones del estado de salud del agraviado, que finalmente lo llevaron a su fallecimiento, no son atribuibles a la deficiente atención; estas complicaciones son propias de los padecimientos. Pero la deficiente atención conllevo a que no tuviera una mejor calidad de vida, principalmente en lo que respecta a la presencia de la dificultad respiratoria y la disnea.

4.9 Caso 9. Interno del Reclusorio Preventivo Varonil Norte a quien se diagnostica de manera inoportuna VIH-SIDA. (CDHDF/II/122/GAM/08/P6572)

4.9.1 Copias del expediente clínico de atención médica proporcionada al agraviado en la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Norte, del que se obtienen los siguientes datos:

a) Del lapso del 7 de agosto de 2007 al 6 de noviembre de 2008, el agraviado acudió en nueve ocasiones a consulta externa hasta que fue hospitalizado el 11 de noviembre de 2008, esto a pesar de que presentaba de manera constante lesiones pruriginosas.

b) El 6 de noviembre de 2008, el agraviado fue valorado por personal médico debido a que presentaba pérdida de 5 kilos en menos de un mes, así como evacuaciones diarreicas constantes desde hacía 15 días y fiebre no cuantificada. Se diagnostica gastroenteritis probablemente infecciosa sin deshidratación.

c) El 11 de noviembre de ese año, el agraviado reporta que presenta dolor abdominal desde hacía 8 días. Se le diagnosticó faringoamigdalitis, así como baja de peso importante. Se comienza a sospechar que padece VIH/SIDA y se solicita prueba Elisa. Ese mismo día se realizó prueba Sure Check[48] siendo resultado positivo, por lo que se pasará a aislamiento y se deja para estudios de laboratorio para descartar VIH.

d) El 12 de noviembre se reporta con dolor abdominal y diarrea. Pendiente resultado de laboratorio para confirmar VIH.

e) El 13 de noviembre se reporta asintomático. Cardiopulmonar sin compromiso Pendiente resultado de Elisa para enviar a otra unidad.

[…]

h) Para el 18 de noviembre de 2008, el agraviado presenta evidente deterioro en su estado de salud, se hace necesario solicitar apoyo para ser enviado a segundo nivel.

4.9.2 Acta circunstanciada del 13 de noviembre de 2008, realizada por un visitador de la CDHDF, en la cual se hace constar que el agraviado fue entrevistado en el interior de la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Norte y manifestó que:

Presenta debilidad corporal, ha bajado de peso en aproximadamente dos mese más de 15 kilogramos […], ha estado hospitalizado, se le diagnosticó infección respiratoria y anemia. Actualmente se la ha suministrado medicamentos pero continúa mal de salud, pues tiene dolor permanente en el estómago. Continúa con fiebre y no obstante que se encuentra en el área de hospitalización no presenta mejoría en su estado de salud.

4.9.3 Copias del expediente clínico de atención médica proporcionada al agraviado en el Hospital General "Dr. Enrique Cabrera".

a) El 18 de noviembre de 2008, es referido al Hospital General "Dr. Enrique Cabrera", en la nota médica inicial de urgencias, menciona que el paciente inició su padecimiento actual hace varios meses con presencia de síndrome febril, síndrome de desgaste y aparentemente monilasis oral.

[48] Check VIH-1/2 es una prueba rápida in vitro para la detección de anticuerpos del Virus de la Inmunodeficiencia Humana Tipo 1 y Tipo 2 en sangre humana total.

b) El 19 de noviembre de 2008, se refiere que el agraviado inició su padecimiento actual hace varios meses con presencia de síndrome febril, síndrome de desgaste aparente moniliasis oral.

c) El 22 de noviembre de 2008, el agraviado presentó insuficiencia respiratoria secundaria y posterior paro cardiorrespiratorio irreversible a maniobras, dándose por fallecido a las 4:35 horas del 22 de noviembre de 2008.

4.9.4 Informe complementario del 23 de mayo de 2009 mediante oficio DMS/RPVN/721/09 emitido por la encargada de la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Norte, quien informa:

- El 6 de noviembre de 2008, el agraviado fue atendido a solicitud de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, con diagnóstico de gastroenteritis probablemente infecciosa, con tratamiento medicamentoso.

- El 10 de noviembre de 2008 fue atendido y hospitalizado en la unidad médica, por presentar cuadro de infección de vías respiratorias bajas, hipotensión, anemia con indicaciones para manejo intrahospitalario.

- Se realiza prueba Sure Check para detección de VIH con resultado positivo, por lo anterior se tramita folio para solicitud de prueba confirmatoria a Clínica Condesa, la cual en su momento, se encontraba en suspensión de actividades, por lo que se difiere toma de muestra.

Posteriormente la prueba de determinación de VIH se llevó a cabo en la Clínica Condesa.

Existen incongruencias en los datos de la exploración física que refieren las notas médicas porque probablemente el médico tratante no realizo la exploración física completa ni se percató de la nota anterior.

En lo que se refiere a la presencia de estertores roncantes en campos pulmonares puede haber un sesgo según el estetoscopio, la agudeza auditiva del explorador y el medio ambiente en el que se realiza la exploración.

4.9.5 Opinión médica elaborada por personal de Dirección de Servicios Médicos y Psicológicos de este Organismo el 20 de julio de 2009, en la cual se obtienen las siguientes conclusiones:

1. Personal médico de la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Norte incurrió en mala práctica médica al no identificar oportunamente el cuadro clínico de infección por el Virus de Inmunodeficiencia Adquirida y la infección de vías respiratorias que presentaba [el agraviado]. Asimismo omitió realizar los exámenes de laboratorio y gabinete necesarios para descartar dicho diagnóstico y, en consecuencia, no se le administro el tratamiento medicamentoso adecuado.

4.10. Caso 10: Interno en el Reclusorio Preventivo Varonil Norte quien fallece de cuadro séptico no traumático, pero durante su atención no se contó con los insumos necesarios para garantizarla. (CDHDF/II/121/GAM/08/P7157)

4.10.1 Expediente clínico formado con motivo de la atención médica proporcionada al agraviado en la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Norte, de las que se destacan los siguientes datos:

> a) El 28 de noviembre de 2008, a las 10:00 horas, se reportó que el agraviado presentó vómito desde hacía tres días, prueba Sure Check con resultado negativo. A la exploración física se encontró desorientado, con marcha lateralizada, palidez de piel. Abdomen con dolor en marco cólico. Se diagnosticó de gastroenteritis probablemente infecciosa. Se trató con amikacina, ciprofloxacino y metroclopramida. Cita para el primer día del mes de diciembre.
>
> b) El 29 de noviembre de 2008, el agraviado presentó dolor de cabeza y fiebre de 38 grados centígrados, malestar y sudoración desde hacía 15 días. A la exploración física presentó palidez generalizada, aliento *sui generis*, faringe con ligera hiperemia. Plan: Continuar con el tratamiento establecido agregando metamizol, se indicó realizar pruebas febriles y biometría hemática compuesta.
>
> c) El 9 de diciembre de 2008, se realizó hoja de referencia al Hospital General Ticomán, señalando que el agraviado cuenta con 26 años de edad, lleva tres semanas con evacuaciones diarreicas, cefalea, hipertemia no cuantificada, pérdida de peso, vómitos, errores de conducta, confusión, desorientación y debilidad. A la exploración física consciente, desorientado en tiempo, febril, adelgazado, cardio respiratorio normal, abdomen con datos de irritación peritoneal, distendido, doloroso, peristalsis disminuida, presentó relajación de esfínteres, por lo que se solicitó valoración y estableció diagnóstico.

4.10.2 El 12 de diciembre a las cero horas con cuarenta minutos, se comunicó a la CDHDF el hermano del agraviado y expresó lo siguiente:

> Estaba (agraviado) internado en el Hospital General Ticomán, desde el día nueve de diciembre, por haber presentado una infección en el estómago, desde el Reclusorio Preventivo Varonil Norte, sin embargo, un doctor de dicho Hospital, del cual desconoce sus datos personales, le comentó que la infección ya llegó hasta el cerebro, y ahí no contaban con el equipo necesario para realizarle una tomografía, para determinar el tipo de daño que presentó, sugiriéndole que llamara a la CDHDF para que a través de ella lo trasladaran al Hospital General Xoco y le realizaran los estudios que necesitara para su intervención médica.

4.10.3 A través del oficio MPQ-Q-1878-08 del 12 de diciembre del 2008, esta Comisión solicitó medidas precautorias a favor del agraviado al Director del Hospital General Ticomán de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, con la finalidad de que fuera canalizado a una institución de atención médica especializada para que recibiera atención médica acorde a su padecimiento y se garantizara su derecho a la protección de la salud.

4.10.4 Copias del expediente clínico de atención médica proporcionada al agraviado en el Hospital General Ticomán.

a) Nota médica de urgencias del Hospital General Ticomán de fecha 9 de diciembre de 2008 a las 15:00 horas. La sintomatología predominante fue desorientado, palidez, pérdida de peso y diarrea.

b) Nota médica de urgencias del Hospital General Ticomán de fecha 10 de diciembre de 2008, a las 02:00 horas, se solicitó tomografía axial computarizada simple y contrastada, fue aceptado en el Hospital General de Especialidades Médicas de la Ciudad de México, "Dr. Belisario Domínguez", pero durante su estancia se deterioró neurológicamente presentando datos de descerebración y de enclavamiento pontino y no hubo respuesta verbal ni palpebral. Así como existieron datos de descerebración de las extremidades y con Babinsky y sucedáneos presentes y espontáneos, rigidez de nuca y anisocoria, por lo que se suspendió su traslado. Se solicitó ventilador al Servicio de Medicina Interna pero se confirmó que no había ventiladores limpios y por lo tanto disponibles, por lo que no se podía realizar protección de la vía aérea, se suspendió traslado y se reportó muy grave con pronóstico fatal a muy corto plazo. No se realizó estudio citológico y citoquímico de líquido cefálico raquídeo, por no contar con material de transporte estéril para su envío a laboratorio.

c) Nota médica del Servicio de Medicina interna del Hospital General Ticomán de fecha 11 de diciembre de 2008 a las 23:00 horas, señaló que presentó diagnóstico de déficit neurológico secundario a probable neuroinfección *versus* absceso cerebral; desequilibrio hidroeléctrico secundario a hiponatremia, e infección de vías urinarias. Se reportó como muy grave ameritando envío a unidad de tercer nivel, se realiza enlace con Hospital General Xoco aceptando el envío a unidad de tercer nivel para realización de tomografía axial computarizada de cráneo simple y contrastada, así como valoración por el servicio de Neurología.

d) Nota médica del 12 de diciembre de 2008 en la cual se señaló que no era posible enviar al Servicio de Neurología al agraviado para su valoración, ni a la práctica de tomografía al Hospital General Xoco, debido a que no se presentaron en ese hospital personal de Reclusorios, ni medio de transporte autorizado para ello; el custodio de guardia comentó que se comunicaría a su Unidad acerca del envío a Hospital General Xoco, señalaron que tenían que esperar en unidad hasta que el personal de apoyo y la unidad llegaran para poder realizar el envío. Durante el turno no se presentaron los custodios ni la unidad, por lo que fue diferido el traslado. Se reportó a paciente como muy grave.

e) Nota médica del servicio de Medicina Interna del Hospital General Ticomán de fecha 12 de diciembre de 2008, a las 10:00 horas se señaló que fue aceptado el agraviado por el Hospital General Xoco para realización de TAC y valoración por Neurología, pero nunca llegó del Reclusorio la Unidad para trasladarlo ni el apoyo, por lo que no fue posible su realización. Lo mismo pasó el día de su ingreso por la noche. Se habló con la coordinación de la Unidad del Reclusorio para reponer el procedimiento al siguiente día (13 de diciembre).

f) Nota de egreso y defunción elaborada por el Servicio de Medicina Interna del Hospital General Ticomán, del 12 de diciembre de 2008.

4.10.5 Informe de protocolo de necropsia de fecha 14 de diciembre de 2008 elaborado en el Servicio Médico Forense del Distrito Federal donde se concluyó que el agraviado falleció por un cuadro séptico no traumático.

4.10.6 Con fecha 17 de diciembre se recibió en esta Comisión, el oficio DAJ/SAA/3305/08, de la Dirección de Asuntos Jurídicos de Servicios de Salud Pública de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, en atención a las medidas precautorias giradas a través del oficio MPQ-Q-1878-08.

4.10.7 Opinión médica del personal de la Dirección de Servicios Médicos y Psicológicos de la CDHDF, emitida el 3 de julio de 2009, en la cual se obtuvieron las siguientes conclusiones:

1. Debido a la evolución tórpida del padecimiento que presentó el agraviado, no se puede afirmar que la atención brindada en la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Norte haya sido inadecuada.

2. El agraviado fue canalizado por la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Norte a un centro hospitalario que no contaba en ese momento, con la infraestructura necesaria para brindarle atención de buena calidad, pues no contaba con tomógrafo, con servicio de Neurología, con ventiladores disponibles para ventilación mecánica asistida y con un espacio de aislamiento para pecientes infectocontagiosos, entre otros.

3. Con base a lo señalado en el expediente clínico elaborado en el Hospital General Ticomán, se puede establecer que en este caso el personal médico tratante no contó con ambulancia adecuada y con la cooperación del personal de custodia del Reclusorio Preventivo Varonil Norte para efectuar el traslado al Hospital General Xoco.

4. Debido a la condición de gravedad extrema que presentaba el paciente, muy probablemente tanto la infraestructura faltante en el Hospital General Ticomán como el traslado al Hospital General Xoco, no hubieran evitado la muerte del paciente; sin embargo, ello hubiere permitido asegurar que se hizo todo lo posible para salvar al paciente.

5. Debido a la gravedad con que llegó el paciente y las carencias de infraestructura del Hospital General Ticomán se puede establecer que los médicos tratantes hicieron todo lo que estuvo a su alcance para procurar la mejor atención posible.

5.1 Motivación

A continuación se argumentan los casos de violaciones a derechos humanos, según el derecho fundamental transgredido, por lo que únicamente se mencionarán los expedientes donde se encontró el tipo de vulneración mencionado.

5.1.1 Sobre el derecho a la vida vulnerado por negligencia médica.

5.1.1.1 Agraviado A. Expediente CDHDF/122/07/GAM/P1187-IV

En el primer caso, se hace la consideración al derecho a la vida debido a que la nula atención al traumatismo craneoencefálico del interno, agravó un problema de salud que de haberse atendido oportunamente, generaba la expectativa de evitar su fallecimiento.

5.1.1.1.1 El agraviado ingresó el día 11 de febrero de 2007 a las 20:32 horas al Hospital General "Dr. Rubén Leñero". A su ingreso presentó pérdida de estado de alerta y la respuesta de las pupilas a estímulos dolorosos fue desigual y disminuida. No se menciona que el agraviado presentara una herida en la región occipital. Se realizaron estudios radiográficos e interconsulta a Cirugía Plástica y Reconstructiva.

5.1.1.1.2 La herida por contusión[49] en región occipital a la izquierda de la línea media fue descrita en el certificado de estado físico del día 12 de febrero de 2007, a las 04:45 horas, y por ello se puede inferir que dicha lesión sí la presentaba el agraviado a su ingreso al Hospital referido, lo cual además fue confirmado por el Servicio Médico Forense al señalar que ésta tenía de 6 a 8 días de evolución para el 18 de febrero de 2007.

5.1.1.1.3 En lo que se refiere a la fractura de cráneo en región occipital irradiada sobre ambos lados de la línea media posterior, el Servicio Médico Forense estableció que dicha lesión si la presentaba el agraviado.

5.1.1.1.4 En el Certificado de Estado Físico del día 12 de febrero de 2007 a las 04:45 horas, se refiere que en las radiografías del agraviado se observaba fractura de huesos propios de la nariz. En la valoración por el servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva se menciona que no es posible realizar una valoración ya que las radiografías no son las adecuadas por lo que se solicitarían otras. En el expediente clínico no se encuentran las solicitudes de dichos estudios ni su interpretación. Asimismo, no se le dio seguimiento a las posibles fracturas. Esto permite establecer que no se practicaron los estudios de laboratorio ni se tomaron radiografías de calidad que permitieran realizar una valoración integral sobre el estado de salud del agraviado.

5.1.1.1.5 Existen incongruencias en cuanto a la existencia del edema cerebral difuso y contusiones cerebrales aisladas. Inicialmente fue valorado por el servicio de Neurocirugía, el 12 de febrero a las 10:20 horas, aparece una nota donde refiere que la tomografía axial de cráneo muestra que éste se encuentra normal, pero a las 16:15 horas de ese mismo día fue valorado por otro médico del mismo servicio quien refiere que en el mismo estudio del agraviado se observa edema cerebral difuso y contusiones cerebrales aisladas. El 13 de febrero a las 14:40 horas fue valorado nuevamente por el primer médico, quien mencionó que se

[49] Lesión física no penetrante causada por la acción de objetos duros, de superficie obtusa, que actúan sobre el organismo por intermedio de una fuerza más o menos considerable.

encuentra con un puntaje de 15 en la escala de Glasgow (lo cual significa que su estado neurológico se encontraba óptimo) y sin datos de focalización, sin hacer referencia al edema cerebral que presentaba el agraviado. En la nota de alta no se refirió este diagnóstico. En la respuesta a los cuestionamientos realizados por este Organismo se refiere que el agraviado presentaba edema cerebral[50] difuso leve.

5.1.1.1.6 El 12 de febrero, a las 17:52 horas, se solicitó valoración por el servicio de Medicina Interna, pero no aparece evidencia de que ésta se haya llevado a cabo.

5.1.1.1.7 A las 14:20 horas del mismo día, fue valorado nuevamente por Neurocirugía quien determina que presenta 15 puntos en la escala de Glasgow, sin hacer referencia al edema cerebral difuso. No se menciona que se haya realizado una exploración clínica con la intención de descartar aumento de la presión intracraneana.

5.1.1.1.8 A las 17:20 horas del 13 de febrero, se da de alta al agraviado, sin mencionar que presentaba edema cerebral difuso y confusiones cerebrales aisladas. No se le practicó otra tomografía axial para descartar o valorar la evolución del edema, mientras que en el expediente clínico del Reclusorio Preventivo Varonil Norte se encontró la nota médica de egreso del Hospital General "Dr. Rubén Leñero", en donde se menciona que el agraviado presentó traumatismo craneoencefálico y requería ser vigilado por la unidad médica.

5.1.1.1.9 El agraviado acudió a las 18:55 horas del 16 de febrero de 2007 a la Unidad Médica del Reclusorio en comento, con imposibilidad para la deambulación. Se refiere que esta persona no se dejó valorar. En el expediente no se encontró nota de alta voluntaria o que se hubiera notificado el hecho a autoridades del Reclusorio Preventivo Varonil Norte o a la Dirección de la Unidad Médica, como lo instruye la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1 Del expediente clínico, en su numeral 10.1.2.

5.1.1.1.10 A las 10:25 horas del 17 de febrero de 2007, el agraviado fue llevado cargado en una cobija por sus compañeros de estancia. En la nota médica no se incluye el hecho de que se haya llevado una exploración física completa que abarcara algún problema neurológico, tomando en consideración que el interno ya no podía oponerse para ser revisado.

5.1.1.1.12 El agraviado fue llevado por segunda ocasión en ese mismo día 17 a la Unidad Médica del Centro de Reclusión, presentando paro cardiorrespiratorio a las 17:40 horas, se dieron maniobras de resucitación y se da por fallecido a las 17:45 horas.

5.1.1.1.13 En el protocolo de necropsia se menciona que el agraviado presentó estructuras cerebrales edematosas con aplanamiento de los surcos, borramiento y disminución de los espacios intercisurales con enclavamiento de las amígdalas cerebelosas[51]. Así mismo, fractura de hueso occipital irradiada sobre y ambos

[50] Acumulación de líquido en los espacios intra o extracelulares del cerebro.
[51] Lóbulo raquídeo del cerebelo.

lados de la línea media posterior. Se concluyó que el agraviado falleció a causa del traumatismo cráneo encefálico.

5.1.1.1.14 Con base en los planteamientos realizados por personal de esta Comisión a los médicos tratantes del Hospital General "Dr. Rubén Leñero", se refiere: *con base en la necropsia fallece por hipertensión intracraneal que el produjo enclavamiento de las amígdalas cerebelosas. Esta patología debió haber dado cuadro de síntomas que se presentan de manera progresiva hasta su defunción, siempre y cuando las lesiones sufridas por el paciente el 11 de febrero de 2007 sean la causa de la hipertensión intracraneal. En la evolución de los 4 días subsiguientes a su alta no existen datos clínicos de hipertensión intercraneal Lo que demuestra claramente que dicha hipertensión intracraneal fue agregada posterior a su alta hospitalaria.* Sin embargo, el agraviado presenta desde el día 13 de febrero de 2007 (fecha en que fue dado de alta), dolor de cabeza y náuseas,[52] asimismo en la nota médica no se descartan signos de hipertensión intercraneal. Posterior a su egreso no fue valorado integralmente por la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Norte por lo que no es posible descartar que el agraviado presentó hipertensión intercraneal a su egreso del Hospital General.

5.1.1.1.15 De acuerdo a la opinión emitida por personal médico de este Organismo, de haberse atendido el problema neurológico al agraviado al haber considerado la presencia del edema, y de inmediato llevar a cabo un estudio mediante tomografía axial con la posterior aplicación de alternativas terapéuticas para el manejo hipertensivo y sus consecuencias, se podrían haber evitado factores que agravaran la presión intracraneal; ya sea mediante la administración de diuréticos, agentes osmóticos e hiperventilación y de haber continuado el deterioro neurológico, la modalidad de la cirugía.

5.1.1.1.16 Lo anterior lleva a la conclusión de que la atención médica otorgada en el hospital y unidad médica mencionados, presentó las siguientes irregularidades:

a) El Hospital General "Rubén Leñero" no fue adecuada, completa, ni oportuna, debido a las siguientes razones:

No se llevó a cabo desde el principio una exploración integral del agraviado ni su historial clínico; los primeros estudios radiológicos fueron tomados con mala técnica; hubo confusión entre la existencia de un edema[53] cerebral difuso y contusiones[54] cerebrales aisladas y se dio tratamiento para el problema de edema cerebral el cual fue posteriormente suspendido, lo que contribuyó a su fallecimiento.

---

[52] La sintomatología sobresaliente de la hipertensión intercraneana consiste en cefalea y alteraciones visuales. Pocas veces hay náuseas y vómitos, mareos, alteraciones intermitentes del estado de conciencia, tinnitus y parestesias. El hallazgo clínico más relevante es el papiledema. Los cambios retinianos como hemorragias o exudados pueden observarse. Se debe buscar el Reflejo de Cushing, que se refiere a cráneo hipertenso (respiración irregular, hipertensión arterial y bradicardia).

[53] Acumulación de líquido en los tejidos cerebrales. Puede estar provocado por una infección, un tumor o un traumatismo, existiendo compresión del tejido cerebral. Los síntomas precoces son contracciones musculares involuntarias, dilatación pupilar y pérdida gradual de la conciencia. El edema cerebral puede ser mortal.

[54] Lesión sin solución de continuidad de la piel, producida por un choque violento sobre el cuerpo

b) En lo que corresponde a la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Oriente existió una omisión en el sentido que si bien es cierto que el agraviado inicialmente no se dejó revisar, pero también lo es que en el Resumen Médico del Hospital General "Dr. Rubén Leñero", menciona la necesidad de estar revisando continuamente a esta persona, aunado a que existió un momento en el cual su estado de salud le impedía oponerse a ser auscultado, y sin embargo, no se hizo nada para rescatarlo de la situación de gravedad en la cual se encontraba y con ello hacer lo posible por evitar la muerte.

5.1.1.2 Agraviado F. Expediente CDHDF/II/121/IZTP/08/P2081

En este caso se observa la vulneración del derecho a la vida, derivado de una inadecuada valoración médica y diagnostico por parte de personal de la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Oriente, pues se trata de un interno quien fue objeto de lesiones que de haberse atendido a tiempo, generaban una alta expectativa para salvar su vida.

5.1.1.2.1 El agraviado presentó desde el 10 de abril del 2008, aproximadamente, intenso dolor de estómago y fiebre, por lo que acudió al servicio médico del Reclusorio Preventivo Varonil Oriente en reiteradas ocasiones, pero no le brindaron atención médica.

5.1.1.2.2 El 21 de abril del 2008, el agraviado fue valorado por el Subdirector de la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Oriente, a solicitud de un visitador adjunto de la CDHDF, al percatarse de su precaria condición física mientras lo entrevistaba, pues manifestaba dolor agudo en el estómago. De la valoración médica se le diagnosticó *transtorno mental y del comportamiento secundario a fármaco dependencia múltiple, se prescribió tratamiento,* es decir, no se realizó una valoración relacionada con la sintomatología que presentaba.

5.1.1.2.3 El primer objetivo es establecer si las lesiones intra abdominales halladas durante la necropsia al cadáver del agraviado, estaban presentes cuando fue valorado médicamente por el Dr. Coca López el 21 de abril de 2008 y si la atención médica que le proporcionó fue la adecuada.

5.1.1.2.4 De acuerdo al protocolo de necropsia que fue transcrito en el capítulo de evidencias, el agraviado presentó diversas lesiones. En cavidad abdominal el bazo fue observado con desgarro a nivel de su hilio con hematoma retroperitoneal subyacente; hemoperitoneo (sangre libre en cavidad) líquido y coagulado de 2000 centímetros; el páncreas presentó dos zonas de infiltración hemática, una a nivel de la cabeza y la otra en su cola, al corte congestionado; los riñones congestionados en la superficie y a los cortes el riñón izquierdo contundido a nivel de su cápsula; mesenterio contundido a nivel de fosa ilíaca izquierda e hígado congestionado al corte.

5.1.1.2.5 De lo anterior se puede inferir médicamente que el bazo lacerado, seguramente producido por contusión profunda del abdomen, originó el hemoperitoneo en una cantidad de dos litros (el cuerpo humano tiene 5-6 litros), lo que produjo abdomen agudo hemorrágico, para después dar lugar a choque

hipovolémico y anemia, y finalmente producir el paro cardiorrespiratorio con la consecuente muerte, la que ocurrió en el vehículo que lo transportaba al CEVAREPSI.

5.1.1.2.6 Por otra parte, existen datos proporcionados por diversos personajes que vieron de manera incidental al agraviado antes de morir. En primer lugar su hermana, quien señaló en su queja realizada ante esta Comisión, que al visitarlo en el Reclusorio, el interno le comunicó que tenía ocho días de dolor de estómago y fiebre, y que hasta ese momento no se le había atendido médicamente.

5.1.1.2.7 En segundo lugar, el visitador adjunto de este Organismo quien de acuerdo a las actas circunstanciadas vio al agraviado un día antes de su fallecimiento y lo observó con marcha lenta, con la cabeza hacia abajo, encorvado, con ambos antebrazos cruzados como apretándose el abdomen y arrastrando los pies; con facies de dolor y pálido; la voz era con volumen bajo y con mala articulación de las palabras, aunado a lo anterior el interno le manifestó que le dolía mucho el estómago. Cuando el visitador adjunto y el médico tratante salieron de la oficina de la Dirección de la Unidad Médica hacia donde estaba el agraviado, éste se encontraba acostado enconchado, como en posición fetal, sobre su lado derecho.

5.1.1.2.8 En tercer lugar, los internos del mismo Reclusorio que el día 22 de abril de 2008, fueron llevados a diversas diligencias en la misma camioneta en donde murió el agraviado, aportaron datos de interés médico:

5.1.1.2.8.1 El primero de ellos manifestó que el agraviado, se veía muy enfermo y no podía sostenerse de pie, incluso lo tuvieron que ayudar para subirlo a la camioneta, ya en el interior del vehículo se sentó en el piso, en el trayecto no se quejaba ni decía nada; que al salir de la camioneta para asistir a la diligencia lo vio dormido y al regresar como a las 15:30 horas, su compañeros le habían dicho que el interno se había hecho del baño y olía muy feo al interior de la camionetay después se dieron cuenta que había fallecido.

5.1.1.2.8.2 El segundo de ellos manifestó que desde la formación para pasar lista vio ala agraviado enfermo, incluso lo ayudaron para subir a la camioneta, el se arrastró y se sentó en el piso, que el agraviado respiraba muy agitado como si le faltara aire, en el trayecto no se quejaba, ni hizo comentario alguno, que como a las 15:30 horas el interno se hizo del baño y como a las 16:30 horas los custodios se dieron cuenta que ya estaba muerto.

5.1.1.2.8.3 El tercero de ellos manifestó que cuando los formaron para pasar lista, notó que el agraviado se veía muy enfermo ya que no podía sostenerse de pie, por tal motivo lo ayudaron a subir a la camioneta, se acomodó en el piso y solo iba durmiendo y no se quejaba, cuando se abrían las puertas lo veían que estaba sentado y adormecido; como a las 15:30 horas, el agraviado se hizo del baño por lo que golpearon la camioneta para informar a los custodios de lo sucedido, posteriormente uno de los custodios ingresó a la camioneta y se percató que el interno ya no se movía, por lo que puso su oído en el pecho y dijo: éste ya se murió.

5.1.1.2.9 Al contrastar lo expresado por estas personas, con la sintomatología que se presenta en el abdomen agudo hemorrágico, que es básicamente el dolor intenso súbito, comenzando en el sitio donde tiene lugar la hemorragia, desfallecimiento, disnea (dificultad para respirar), y palidez de la piel, se infiere médicamente que lo observado por dichas personas si es consistente con un cuadro clínico de abdomen agudo hemorrágico.

5.1.1.2.10 Por otra parte, la CDHDF solicitó medidas precautorias consistentes en que el agraviado fuera valorado médicamente por la fiebre y el dolor abdominal que supuestamente presentaba. Al respecto la semiotecnia o propedéutica clínica establece que se debe seguir el procedimiento que comprende: 1.- Interrogatorio clínico; 2.- Inspección; 3.- Palpación; 4.- Mensuración; 5.- Percusión; 6.- Auscultación, y 7.- Métodos complementarios.

5.1.1.2.11 Sin embargo en el caso analizado se observa que en la valoración realizada por el Dr. Julián Pedro Coca López, no se anotó ningún dato sobre el rubro de padecimiento actual que reportara la fiebre y dolor abdominal que la CDHDF solicitó que se valorara médicamente. Tampoco anotó ningún dato sobre la inspección general del paciente (marcha, facies, actitud), ni sobre la palpación (signo de rebote, hipertermia que luego se hubiera corroborado con termómetro, o piel fría y sudorosa), cuando menos del abdomen que era donde supuestamente presentaba dolor el agraviado.

5.1.1.2.12 En este orden de ideas tampoco se tomaron los signos vitales lo cual era muy relevante, ya que es conocido entre las y los médicos que en el abdomen agudo hemorrágico se pueden detectar datos clínicos como frecuencia respiratoria, pulso y temperatura corporal aumentadas, así como presión arterial disminuida, pero como ninguno de esos datos fueron analizados, se desconoce cuáles fueron las cifras que al respecto presentaba el agraviado en el día 28 de abril de 2008, siendo obligación del médico tratante tomar esos datos para orientarlo a establecer su diagnóstico. Tampoco se anotaron datos de la percusión (signo de matidez, dolor a la percusión), ni de la auscultación (taquicardia, ausencia de ruidos peristálticos). Esta ausencia de investigación al paciente impidió al médico que estableciera el padecimiento que presentaba el agraviado, o en su caso, para descartar documentalmente la fiebre y el dolor abdominal, que fue lo que en primera instancia solicitó la CDHDF.

5.1.1.2.13 Se observa que la nota médica elaborada presuntamente por el Dr. Coca López el 21 de abril de 2008, carece de la hora en que se efectuó. Tampoco se anotaron los signos vitales los cuales era importante conocerlos en este caso. En el motivo de la consulta debió anotarse que a petición de la CDHDF se había explorado físicamente el abdomen y la fiebre del agraviado. El resumen de la exploración física resultó insuficiente ya que no menciona aspectos relevantes para establecer el diagnóstico oportuno como serían los datos clínicos de la inspección general; ni otros datos que se hubieran obtenido de la palpación, persecución y auscultación en región abdominal. Estas omisiones limitaron al médico tratante para obtener elementos a efecto de descartar que el paciente presente, en su caso, fiebre y dolor abdominal.

5.1.1.2.14 En virtud de lo anterior se puede establecer que el procedimiento médico seguido por el profesionista tratante de la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Oriente, el día 21 de abril de 2008, no cumplió con los criterios establecidos por la propedéutica clínica ni la Norma Oficial Mexicana del expediente clínico para descartar que el agraviado presentara fiebre y dolor abdominal, toda vez que haberlos seguido, hubiera diagnosticado que el interno presentaba un cuadro clínico de abdomen agudo probablemente por entallamiento de víscera y lo hubiera canalizado a un Centro Hospitalario de urgencia para su atención inmediata y con ello aumentar sus expectativas de vida. En consecuencia se puede establecer que la atención médica proporcionada no fue la adecuada.

5.1.1.2.15 En cuanto a establecer si el dictamen elaborado el 25 de abril de 2008 por el Dr. Rodolfo Reyes Jiménez, perito médico de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, tiene bases científicas para determinar que las lesiones se produjeron 14 a 16 horas antes de su fallecimiento, se observa que el propio Dr. Reyes Jiménez reconoce en su respuesta del 30 de abril de 2009, que si era importante conocer los antecedentes del caso para establecer el tiempo en que se produjeron las lesiones; sin embargo, al momento de que este perito conoció del caso, no existía ninguna documental médica en el expediente donde refiera los antecedentes o padecimientos de la persona hoy occisa, así como otros datos relevantes como es las dimensiones de la lesión y las estructuras anatómicas del hilio del bazo que resultaron afectadas. Por ello, al desconocer el Dr. Jiménez Reyes los antecedentes del caso, se puede inferir que no tuvo todos los elementos que hoy se conocen médicamente y se exponen en esta argumentación para calcular con precisión, el tiempo de producidas las lesiones intra abdominales con respecto a la hora de la muerte.

5.1.1.2.16 Finalmente, existieron tres certificaciones de estado físico elaboradas por tres médicos de la unidad médica del Reclusorio Preventivo Varonil Oriente, en las que el mismo formato utilizado pro estos profesionistas de la medicina exige que se escriban los signos vitales (tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y la temperatura); sin embargo, en las tres certificaciones de estado físico se omitieron tales cifras. En este caso, este tipo de datos cobran relevancia pues como ya se mencionó, de haberse investigado y anotado se hubiera podido sospechar a los médicos certificantes que el agraviado podía tener algún padecimiento que hubiera llamado su atención. En este tenor, es importante señalar también que tampoco se anotaron las huellas físicas de lesiones que el agraviado presentaba en codo y antebrazo derecho, en región torácica posterior así como en la zona lumbar y pierna derecha.

5.1.1.2.17 Por lo anteriormente enunciado, las lesiones intra abdominales halladas durante la necropsia al cadáver del agraviado, ya existían cuando fue valorado médicamente por el Dr. Pedro Julián Coca López el 21 de abril de 2008, y que hubo mala práctica médica por parte de dicho médico al no haberlo examinado físicamente de manera exhaustiva. Por consecuencia, la falta de atención médica oportuna por parte del médico tratante, tuvo como consecuencia que el agraviado padeciera de dolores físicos y además se redujera de manera considerable su expectativa de vida.

5.1.1.2.18 Aunado a lo anterior, se observa que los profesionistas de la medicina adscritos a la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Oriente, no realizaron las certificaciones de lesiones que padecía la persona agraviada, como lo exige el propio formato para la certificación de estado físico. Esto se ratifica con la necropsia realizada a al cadáver, donde se aprecia que las lesiones intra abdominales ya existían cuando fue valorado médicamente el 21 de abril. Esta omisión aunada a la falta de atención médica, contribuyeron al fallecimiento del interno.

5.1.2 Sobre el derecho a la salud vulnerado por negligencia médica.

5.1.2.1 Agraviado B. Expediente CDHDF/121/07/IZTP/P5821-II

5.1.2.1.1 De las notas médicas se desprende que el agraviado presentó una caída el 24 de septiembre de 2007 en el interior del Reclusorio Preventivo Varonil Oriente. Posteriormente, el 4 de octubre del 2007, acudió a la unidad médica de ese centro por presentar dolor de cabeza y vértigo.

5.1.2.1.2 Ese mismo día (4 de octubre), el agraviado fue referido al Hospital General Xoco en donde fue valorado por el Servicio de Neurología, se le realizó una tomografía axial computarizada de cráneo, en la cual se observó atrofia cortical sin datos de hidrocefalia exvacuo o colección hemática intracraneal. El paciente refirió mareos frecuentes por lo que se le indicó un antivertiginoso (difenidol) y un analgésico (ketorolaco).

5.1.2.1.3 Por medio de estudios de laboratorio practicados en ese mismo Hospital General se establece que el paciente presenta un cuadro anémico y plaquetopenia[55] de 38, por lo que se solicitó interconsulta al Servicio de Medicina Interna.

5.1.2.1.4 En la nota de interconsulta de Medicina Interna se refiere que el agraviado presenta alcoholismo crónico, pérdida de peso de 8 kg., sin hepato ni esplenomegalia, ni petequias, no hay una causa aparente de la plaquetopenia. Se reportan pruebas de funcionamiento hepático normales por lo que se egresa. Sin embargo, la pérdida de peso es significativa porque representaba más del 10% del peso corporal total, por ello debió establecerse un interrogatorio minucioso para orientar en su etiología que pudiese padecer de enfermedades tales como cáncer, tuberculosis o VIH, depresión, diabetes, entre otras enfermedades. Asimismo tampoco se realizaron todos los estudios necesarios para determinar la probable presencia de trombocitopenia por medio de una exploración física que pudiese detectar que el bazo había aumentado de tamaño.

5.1.2.1.5 Ese mismo día egresa del Hospital General Xoco e ingresa de nueva cuenta a la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Oriente y se da de alta con la indicación de dieta normal y tomar abundantes líquidos, así como medicamentos denominados difenidol, ketorolaco, ácido fólico y sulfato ferroso. De esta nota se desprende que personal médico que atendió al agraviado únicamente

[55] Disminución de las plaquetas (trombocitos) que participan en la coagulación en la sangre.

indicó tratamiento sintomático y no intentó dar seguimiento al padecimiento del interno ni consideró que las caídas frecuentes que padecía ponían en riesgo la integridad física del agraviado, por lo que debió considerarse su hospitalización.

5.1.2.1.6 El agraviado acudió nuevamente el 5 de octubre de 2007 a la Unidad Médica del Reclusorio en mención y se realizó su referencia al Hospital General Xoco donde fue valorado por Neurocirugía y se le practicó una tomografía axial computarizada en la cual no se observaron datos de lesión ni necrosis, por lo cual se establece que no necesita tratamiento neuroquirúrgico y se le da de alta tres horas después de su ingreso. Sin embargo, de esta nota se determina que los médicos tratantes omitieron dar seguimiento a la trombocitopenia que padecía el agraviado e indicaron únicamente tratamiento asintomático, esta determinación médica tuvo sus consecuencias 4 días después porque a las 11:25 horas del 9 de octubre de ese mismo año, el agraviado acude nuevamente a la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Oriente presentando cefalea, somnolencia y continuando con vértigo, habiéndose caído tres veces al intentar incorporarse.

5.1.2.1.7 La UMRPVO refiere nuevamente al agraviado al Hospital General Xoco donde es valorado a las 23:00 horas. Sin embargo a pesar de los antecedentes que tenía sobre su padecimiento se vuelve a descartar que requiera manejo neuroquirúrgico por lo que es egresado el 10 de octubre de 2007. Debe observarse que fue egresado sin ser valorado por otras especialidades como es neurología o medicina interna para que se le realizara un estudio completo para determinar el origen de la pérdida del estado encontrándose despierto.

5.1.2.1.8 El 12 de octubre de 2007 se envía a Torre Médica Tepepan, por continuar con cefalea, mareo y somnolencia. En este lugar se diagnosticó que el agraviado tenía una fractura de cráneo, trombocitopenia, anemia, infección de vías respiratorias.

5.1.2.1.9 Ante la presencia de este diagnóstico, se indicó transfusión de dos paquetes globulares y tratamiento para la infección, sin embargo, no se solicitó la intervención médica especializada urgente y de estudios de laboratorio y gabinete como lo es una gasometría arterial, electrolitos séricos, biometría hemática, química sanguínea, radiografía de tórax y tomografía de cráneo, entre otros, los cuales podrían haber determinado la gravedad y tratamiento de una posible neumonía, así como de su problema visceral.

5.1.2.1.10 Para el día 16 de octubre de ese año, se determinó que el agraviado requería valoración por la especialidad de Neurocirugía porque seguía deteriorándose su estado de salud; sin embargo, la canalización no se hace de manera inmediata, por lo que en la tarde de ese mismo día, fallece el agraviado por causa de un paro cardiorrespiratorio.

5.1.2.1.11 Con motivo de lo anteriormente enunciado, se observa que existieron irregularidades en los siguientes hospitales y unidad médica:

a) En la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Oriente, al no establecer la causa del vértigo, ni determinar la trombocitopenia, la esplenomegalia, ni la

infección de vías respiratorias bajas que padeció el agraviado, ni tampoco referirlo al la especialidad que ameritaba su caso.

b) En el Hospital General Xoco, al no otorgar el tratamiento preciso para los padecimientos relacionados con el vértigo y la trombocitopenia, aunado a que dieron de alta a la persona agraviada cuando sus condiciones de salud no lo permitían.
c) En el Hospital de la Torre Médica Tepepan, al no referir a la persona agraviada cuando se le diagnosticó fractura de piso de cráneo, no se brindó el tratamiento adecuado para la enfermedad de la trombocitopenia, ni tampoco realizaron los estudios de laboratorio y gabinete que permitieran valorar la gravedad y el tratamiento adecuados y oportunos para el manejo de la neumonía que presentaba el agraviado.

5.1.2.2. Agraviado C. Expediente CDHDF/II/121/IZTP/08/P0267

5.1.2.2.1 En la primera consulta que acudió a la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Oriente por el padecimiento de gastroenteritis infecciosa, no hubo un buen interrogatorio, no hay toma de signos vitales para verificar como se encontraba hemodinámicamente, faltan datos de la exploración tan sencillos de observar como son la hidratación de mucosa oral y de la piel. Esta situación era de importancia, pues ello hubiera dado un parámetro para considerar si desde esta primera valoración ya presentaba alteraciones por la pérdida de líquido (disminución de la presión arterial), lo que hubiera condicionado que el agraviado tuviera que haber sido hospitalizado para tratamiento hídrico o si podía tratarse ambulatoriamente.

5.1.2.2.2 Con el tratamiento prescrito no mejoró su cuadro y requirió ser llevado por personal de seguridad y custodia nuevamente a la Unidad Médica, por presentar deterioro en su estado general; al hacer la revisión ya se ve reflejada la alteración por perdida de líquido (con presión arterial disminuida y descripción de mucosa oral). A pesar de que se ingreso a la Unidad Médica para administrarle líquidos por vía intravenosa, continúo el deterioro hemodinámico. Es de llamar la atención que en la nota del día 11 de enero por la mañana, describe que estaba hemodinámicamente estable, cuando en la nota no hay referencia sobre la presión arterial y de hidratación de piel y mucosas, ni tampoco se cuenta con hoja de enfermería en donde se tenga dicho registro.

5.1.2.2.3 En la Unidad Médica, a pesar de que le seguían administrando líquidos, no mejoró su condición, disminuyendo aun más la presión arterial y presentando alteración en la respiración; siendo hasta 5 horas después de la nota en donde dice “hemodinámicamente estable” que deciden su traslado a otra unidad, para diagnóstico y tratamiento de su padecimiento. Se desconoce a qué hora fue trasladado, ya que de acuerdo a la nota médica inicial de Urgencias, el señor ingresó al Hospital de Especialidades “Dr. Belisario Domínguez” a las 14:30 horas. En el lapso en que se decide su traslado al momento en que se realizó, no hay indicaciones médicas, a fin de tratar de mejorar sus condiciones generales.

5.1.2.2.4 A su llegada al Hospital “Dr. Belisario Domínguez” su estado metabólico estaba muy comprometido, presentando presiones arteriales muy bajas y corroborándose por laboratorio la presencia de una falla renal, mostrándose por aumento de creatinina y nitrógeno ureico; así como acidosis metabólica. A pesar de la cantidad importante de soluciones que se le administraron, presentó poca eliminación por vía urinaria, lo que nos indica que estaba reteniendo los líquidos, por aquellos que ya había perdido.

5.1.2.2.5 En la literatura médica se menciona que en una complicación de las gastroenteritis o diarreas se presenta la deshidratación, septicemia e insuficiencia renal. La deshidratación da lugar a la presencia del choque hipovolémico, por la pérdida de líquidos y que se manifiesta por una disminución de la presión arterial, disminución de la temperatura (extremidades frías) y disminución en la cantidad de orina; así como alteración en el estado mental (en este caso el señor se encontraba somnoliento). Con todos estos datos, sin duda, se presentaba un cuadro de choque hipovolémico, como tratamiento inicial era la reposición del líquido perdido y vigilancia de sus signos vitales y estado metabólico.

5.1.2.2.6 Al realizar la necropsia, en su conclusión final se hace mención que la causa del fallecimiento es una neumonía bilateral en una persona con daño hepato-renal. Como se menciona en la literatura médica, el choque hipovolémico puede desencadenar una falla orgánica múltiple, lo cual justifica la presencia del daño renal (por la insuficiencia renal aguda prerrenal) y pudiendo haber repercusión también a nivel del hígado. No describen el tipo de neumonía, pero de acuerdo a la evolución del cuadro clínico y a las causas de fallecimiento que determina el Hospital, esta neumonía pudo ser debida al cuadro séptico que se menciona y que se observa por el aumento importante de leucocitos.

5.1.2.2.7 Las conclusiones del Servicio Médico Forense sobre las causas del fallecimiento no concuerdan con el cuadro clínico que presentó y los diagnósticos de muerte que se determinaron en el Hospital de Especialidades “Dr. Belisario Domínguez”.

5.1.2.2.8 En este caso, hay un retardo en el tratamiento por parte de la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Oriente, al no haber realizado de inicio una buena semiología del cuadro y una buena exploración; teniendo una evolución tórpida y muy súbita; lo cual requería que se realizara el traslado del paciente cuando se observó que ya se encontraba comprometido hemodinámicamente (cuando se observó la baja de la presión importante), antes de que se presentara la falla orgánica. Por lo cual se considera que la atención no fue adecuada ni oportuna en dicha Unidad.

5.1.2.2.9 Con esto se reitera que desde su primera consulta, no se tomaron los datos básicos e indispensables de una revisión, como lo es la toma de signos vitales y estado de hidratación de mucosas y piel; así como signos vitales (temperatura, tensión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria), así como datos de cabeza, cuello, tórax, abdomen, miembros y genitales.

5.1.2.2.10 Debido a este retardo, cuando llegó al Hospital de Especialidades “Dr. Belisario Domínguez”, ya se encontraba en mal estado general, haciendo la

mención por parte de los médicos desde su ingreso que el pronóstico era malo. A pesar de que se le administraron líquidos en gran cantidad, sus presiones arteriales no mejoraron (indicadas en los incisos h e i) y de tratamiento a base de antibióticos. Aunque el señor hubiera ingresado a la Terapia Intermedia desde su llegada, no significa que su evolución fuera mejor, ya que el tratamiento que le estaban proporcionando durante su estancia en el Servicio de Urgencias se resume en el mismo tipo de medicamentos (soluciones intravenosas y antibióticos).

5.1.2.2.11 Con motivo de lo anteriormente enunciado, se observa que existieron irregularidades en las siguientes dependencias médicas:

a) En la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Oriente, puesto que no se vigiló su estado de hidratación para ser referido inmediatamente a una Unidad Hospitalaria en cuanto presentó datos de choque hipovolémico.

b) Ocurrió lo contrario en el Hospital de Especialidades de la Ciudad de México "Dr. Belisario Domínguez", donde se le brindó el tratamiento adecuado para su estado, pero el mal estado de salud en el que llegó, impidió que se pudiera obtener resultados favorables en su tratamiento.

5.1.2.3 Agraviado D. Expediente CDHDF/II/IZTP/08/P0492

5.1.2.3.1 El agraviado presentaba diversos padecimientos, desde su ingreso a la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Oriente presentó un notable mal estado general, por lo que se le debieron practicar estudios de laboratorio y gabinete para identificar la causa de dicha sintomatología.

5.1.2.3.2 En la necropsia se menciona que el agraviado falleció por cuadro séptico. Este padecimiento es una complicación de procesos infecciosos que en este caso se presentaron a nivel pulmonar, abdominal y tejidos blandos, los cuales pudieron haber sido diagnosticados y tratados con anterioridad.

5.1.2.3.3 La nota de referencia al Hospital General Xoco menciona que el agraviado presentaba datos de dificultad respiratoria y choque, lo que constituía una urgencia médica grave que ponía en riesgo su vida, por lo anterior, el agraviado debió haber sido atendido inmediatamente al llegar a dicho hospital, pero no fue así, teniendo como resultado la muerte de esta persona.

5.1.2.3.4 Con motivo de lo anteriormente enunciado, se observa que existieron irregularidades en las siguientes dependencias médicas:

a) Conforme a la necropsia realizada a la persona agraviada, en la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Oriente, se obtuvieron datos clínicos que evidenciaban los procesos infecciosos, los cuales no se hicieron constar en su expediente clínico. Ello contribuyó a que no se realizara un diagnóstico oportuno y canalizar al usuario del servicio médico a un hospital para recibir el tratamiento adecuado y oportuno.

b) En el Hospital General Xoco, existiendo el diagnóstico de insuficiencia espiratoria y desequilibrio hidroelectrolítico, el agraviado debió ser atendido en el Servicio de Urgencias de ese hospital, pero no se le otorgó la atención requerida de manera expedita, eficiente y eficaz.

5.1.2.4. Agraviado E. Expediente CDHDF/II/GAM/08/P0539

5.1.2.4.1 En el caso del agraviado, que presentaba reporte de Westerblot positivo desde el 18 de marzo de 2008 y fue notificado al Encargado de la Unidad Médica del RPVN el 23 de abril del 2008, se observa que tenía *enfermedad crónica sintomática* como lo es el VIH-SIDA, que ameritaba ser tratada con urgencia y de manera exhaustiva, por lo siguiente:

5.1.2.4.2 La propia Encargada de la Unidad Médica de la Penitenciaría del Distrito Federal informó al Jefe de Unidad Departamental de Servicios Médicos en Reclusorios del Distrito Federal, mediante oficio HCRSM/1254/08/08 de fecha 22 de agosto del 2008, que el paciente, a su ingreso a la Penitenciaría, el 27 de abril de 2008, proveniente del Reclusorio Preventivo Varonil Norte, llegó con el diagnóstico de VIH-SIDA en una etapa ya avanzada y con síndrome de desgaste.

5.1.2.4.3 A su internamiento en la Unidad Médica mencionada, el 5 de mayo de 2008, el paciente le refirió al médico tratante que presentaba tos productiva desde hacia dos meses, pérdida de peso de aproximadamente 30 kilogramos en dos meses. El médico tratante hace los diagnósticos de VIH/SIDA, gastroenteritis, bronquitis aguda y síndrome de desgaste.

5.1.2.4.4 El 6 de mayo de 2008, el paciente refirió al médico tratante que su padecimiento inició hacia 8 meses aproximadamente con cuadro diarreico crónico con remisiones y exacerbaciones, pérdida de peso de 30 kilogramos, fiebre de predominio nocturno y adenopatías. Se hacen los diagnósticos de SIDA, probable tuberculosis ganglionar. Comenta el médico que el motivo de hospitalización fueron las evacuaciones líquidas abundantes y fiebre.

5.1.2.4.5 La biometría hemática realizada el 8 de mayo de 2008, reportó linfopenia, anemia y anisocystosis. Además de que tenía el antecedente de los resultados de una biometría hemática que tenía en su poder la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Norte cuyos resultados fueron: leucopenia de 3650 y anemia con hemoglobina de 12 g./DL y hematocrito de 34.5%.

5.1.2.4.6 Lo anterior aunado a que durante todo su internamiento en el HCRSMSM, del 5 al 19 de mayo de 2008, según notas médicas, el paciente presentó fiebre o hipertermia, era suficiente para considerar que la infección por VIH estaba complicada con enfermedad crónica sintomática, y era justificable que los médicos tratantes hubieran ordenado se tramitara de manera URGENTE una interconsulta con el Servicio de Infectología de la *Clínica Condesa* para que le fueran indicados los antirretrovirales, sin embargo, ello no sucedió así y la historia natural de la enfermedad siguió avanzando.

5.1.2.4.7 Por otro lado, la encargada del HCRSMSM sostuvo que al paciente *se le canalizó a la Clínica Condesa el 6 de mayo de 2008 para ser valorado por el Servicio de Infectología en donde le indicaron tratamiento antirretroviral mismo que se continuó proporcionado en este Hospital.* Al respecto puede afirmarse que en el propio expediente clínico elaborado en el HCRSMSM está documentado que fue hasta el 20 de mayo de 2008 cuando el paciente fue canalizado a la *Clínica Condesa* para su valoración. Por ello, tampoco puede sostenerse que el 6 de mayo de 2008 le indicaron tratamiento antirretroviral y que se lo proporcionaron en HCRSMSM, pues la prescripción la tiene que hacer un médico especialista previa valoración, por lo que dichos medicamentos se pudieron ministrar hasta después de dicha valoración que fue el 20 de mayo de 2008.

5.1.2.4.8 A pesar de que la medica especialista de la Clínica Condesa indicó se le suministraran al paciente antirretrovirales a partir del 20 de mayo de 2008, lo cual además fue indicado ese mismo día por otro médico del mismo HCRSMSM, inexplicablemente dichos antirretrovirales le fueron suministrados inicialmente a partir del 28 de mayo de 2008.

5.1.2.4.9 Asimismo la médico especialista de la *Clínica Condesa*, el 28 de mayo de 2008, en nueva interconsulta, dada la gravedad del caso generada probablemente por haber omitido dar antirretrovirales al paciente, sugirió que dicho paciente fuera atendido en Hospital de Tercer Nivel e incluso ella misma elaboró *Hoja de referencia/traslado* al Hospital de Especialidades Médicas de la Ciudad de México “Dr. Belisario Domínguez”, ya que los medicamento que ella prescribió en esa fecha, denominados Truvada + Efavirenz, seguramente no estaban disponibles en la HCRSMSM, y en lugar de efectuar el traslado del paciente al Hospital de Especialidades Médicas de la Ciudad de México “Dr. Belisario Domínguez” para su atención médica, el paciente fue regresado a la Penitenciaría del Distrito Federal.

5.1.2.4.10 Respecto a la hemotransfusión, en el oficio HCRSM/1254/08/08 de fecha 22 de agosto del 2008, enviado por la Encargada del HCRSM Santa Martha al Jefe de Unidad Departamental de Servicios Médicos en Reclusorios, señala que el paciente fue enviado a *Clínica Condesa* el 28 de mayo de 2008 y que, entre otros, le indicaron *la realización de transfusiones sanguíneas las cuales se llevaron a cabo.* Sin embargo, en el expediente clínico elaborado en el HCRSMSM, no hay constancia de que dicha hemotransfusión se haya llevado a cabo, ni tampoco existe alguna explicación médica que justifique tal omisión.

5.1.2.4.11 Por lo anteriormente mencionado, se observa que hubo negligencia médica a través de la dilación en la notificación al agraviado de que padecía de VIH-SIDA, así como en la instauración del tratamiento antirretroviral, aunado a que no se llevó a cabo la hemotransfusión sugerida por una médica especialista de la clínica Condesa.

5.1.2.4.12 Con motivo de lo anteriormente enunciado, se observa que existieron irregularidades en las siguientes dependencias médicas:

a) En la Unidad de la Penitenciaría del Distrito Federal existió dilación en la instauración del tratamiento antirretroviral al agraviado, aunado a que existió dilación en la notificación al paciente, puesto que desde el 18 de febrero de 2008 se conocieron los resultados positivos de laboratorio, pero no se le notificó de esta situación sino hasta el 23 de abril de ese mismo, retrasando con ello la ministración del medicamento especializado.

b) Mientras que en la Unidad Médica del Centro de Readaptación Social Masculino Santa Martha, no se llevó a cabo la hemotransfusión prescrita por la médica especialista de la Clínica Condesa.

5.1.2.5 Agraviado G. Expediente CDHDF/II/121/XOCH/08/P2244.

5.1.2.5.1 El agraviado de 62 años de edad, acudió a la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Sur el 27 de febrero de 2008 por presentar dolor precordial opresivo con irradiación al brazo izquierdo y con los antecedentes de que hacia 8 años había tenido un infarto agudo al miocardio[1], así como hipertensión arterial. Por ello fue referido al Servicio de Cardiología del Hospital Torre Médica Tepepan.

5.1.2.5.2 El día 29 de febrero de 2008, en el Servicio de Cardiología del Hospital Torre Médica Tepepan le tomaron algunos estudios de laboratorio (Química sanguínea de cinco elementos, sin contar con reactivo para creatinina y electrolitos séricos), sin embargo, no se le realizó biometría hemática por no haber reactivos, ni radiografía por no haber servicio, tampoco electrocardiograma por carecer de aparato. A pesar de la urgencia que ameritaba el caso fue citado hasta dos meses después.

5.1.2.5.3 El agraviado acudió a la Unidad Médica del Reclusión Preventivo Varonil Sur el 10 de marzo de 2008, quien además de presentar los antecedentes señalados, se presentó en silla de ruedas, dificultad para respirar (disnea) y tos no productiva desde hacía dos días y palidez. Se integró el diagnóstico de *probable trastorno conversivo*[1] sin realizar una valoración integral que incluyera la investigación de los signos y síntomas que presentaba.

5.1.2.5.4 El día 2 de abril de 2008 al estar hospitalizado en la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Sur, con los antecedentes de haber sido internado durante 12 días en el Hospital General Xoco en donde integraron los diagnósticos de: dificultad respiratoria aguda secundaria; edema agudo pulmonar de tipo cardiogénico; insuficiencia cardiaca congestiva grave; síndrome coronario agudo y de que en dicho internamiento había sido reportado muy grave; y que llevaba cuatro días de internamiento hospitalario en esa Unidad Médica, que la médica tratante detectó aumento de las vibraciones vocales en pulmón derecho, aumento de la frecuencia respiratoria y de los accesos de tos, a pesar de todo ello dicha médica aseveró en su nota, que el paciente se mostró *manipulador ya que aumenta su frecuencia respiratoria y de accesos de tos*, en lugar de haber valorado integralmente dicho cuadro clínico.

5.1.2.5.5 Tanto la omisión de hacer una valoración integral como la ausencia de recursos, retardan la posibilidad de referir al agraviado a un hospital de segundo nivel, lo cual sucedió al siguiente día, siendo enviado al Hospital General Xoco nuevamente, en donde ingresó a las 12:35 horas, para terminar falleciendo a las 13:50 horas de un paro cardiorrespiratorio.

5.1.2.5.6 Con motivo de lo anteriormente enunciado, se observa que existieron irregularidades en las siguientes dependencias médicas:

a) En el Servicio de Cardiología del hospital de la Torre Médica Tepepan, se incurrió en mala práctica médica al no realizar una valoración adecuada a la persona agraviada.

b) En la Unidad Medica del reclusorio Preventivo Varonil Sur, se incurrió en mala práctica médica al integrar un diagnóstico de probable trastorno conversivo,[56] cuando en realidad se trataba de una cardiopatía isquémica la cual requería de su canalización a un hospital de segundo nivel.

5.1.2.6 Agraviado H. Expediente CDHDF/II/121/GAM/08/P3979

5.1.2.6.1 En este caso, el agraviado presentaba dos patologías graves: hipertensión arterial y EPOC, con complicaciones a nivel cardiaco. Desde su ingreso al Reclusorio y todo el tiempo que permaneció en estado de reclusión, tanto en la Unidad Médica de dicho Reclusorio y en la Torre Médica Tepepan, no hay ninguna constancia que indique que se haya considerado la presencia de una alteración a nivel cardiaco, solo hay una nota en donde dice que se le tomó una placa de RX, pero no describen como se encuentra la silueta cardiaca y determinar el crecimiento de la misma (cardiomegalia) y alguna alteración a nivel pulmonar. Asimismo, se dio la indicación de toma de electrocardiograma, sin que en las notas médicas haya evidencia de que se haya realizado o si se encontró alguna alteración en este estudio.

5.1.2.6.2 Solo en la nota de consulta externa del día 17 de julio del 2008 hace mención el médico, que requiere ser valorado por Cardiología, pero no consta que dicha solicitud de interconsulta se haya realizado, tampoco consta en ninguna nota que se haya efectuado dicha valoración. El agraviado presentaba síntomas compatibles sobre una insuficiencia cardiaca, como los que refiere la literatura médica, sin que se haya considerado que algunas de estas podrían haber sido por la repercusión cardiaca y no solamente por su padecimiento pulmonar.

5.1.2.6.3 En lo que respecta al tratamiento del EPOC, se le administraban los medicamentos propios para atender el mismo como son los broncodilatadores (ipratropio y salbutamol) y el oxígeno. Pero de acuerdo a lo referido en la bibliografía médica la oxigenoterapia es indispensable para el tratamiento de esta patología, pues este ayuda a mejorar el beneficio hemodinámica, disminuye la presión arterial pulmonar, la policitemia, mejora la capacidad de ejercicio, el

[56] Tipo de neurosis histérica en la que los conflictos emocionales son reprimidos y convertidos en síntomas sensitivos, motores o viscerales, sin causa orgánica subyacente, como ceguera, anestesia, parestesia, movimientos musculares involuntarios, parálisis, mutismo, entre otras.

funcionamiento pulmonar y aumenta la esperanza de vida en 6 o 7 años. El oxígeno debe de indicarse de entre 12 a 19 horas al día.

5.1.2.6.4 Por consecuencia, al paciente se le administraba sus medicamentos broncodilatadores y el oxígeno, pero no como la menciona la literatura médica. Si bien en las órdenes médicas se indicaban la administración de oxígeno, iniciando con 3 litros por minuto, 2 o 3 veces al día, hasta ser las últimas indicaciones de 5 litros por minuto, cada 8 horas; pero en la nota del día 8 de octubre, donde hacen la especificación que el oxígeno se le administrara en el control de enfermería.

5.1.2.6.5 En cuanto a la administración del oxígeno es importante señalar que en los registros de enfermería en general no está especificado todos los horarios en los que éste se administró y unos registros ni siquiera mencionan su administración; con este hecho no sabemos si por lo menos le dieron oxígeno al paciente tres horas al día (que es apenas una cuarta parte de lo mínimo que se requiere).

5.1.2.6.6 En los registros de enfermería hacen la anotación que no hay tanque de oxígeno, que solo se encontraba el del Servicio de Urgencias, mientras que en otras anotaciones realizadas por la misma enfermería anotan en los registros clínicos que el oxígeno era por razón necesaria, cuando en las notas médicas de ese día seguía estando estipulado que la administración debía ser cada 8 horas. Aún mas grave, en ninguna de las indicaciones médicas hay la referencia de que el oxígeno se le diera por razón necesaria. Otra controversia con la administración del oxígeno es que la encargada de la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Norte en la ampliación de información proporciona datos contradictorios, en el sentido de que ella menciona que el agraviado tenía el oxígeno en su cama y que él podía usar cada vez que él quería, cuando como ya se mencionó anteriormente estaba la indicación por médicos y en la bitácora que la misma doctora envió a la CDHDF, que el oxígeno se le administraba en el control de enfermería.

5.1.2.6.7 En el tratamiento de esta enfermedad, aparte de los medicamentos y de oxigenoterapia, se indica la Rehabilitación Pulmonar. De acuerdo a las notas médicas, se menciona que el agraviado tenía cita en la Torre Médica de Tepepan con Neumología, pero no hay alguna nota en donde diga si fue llevado, que fue lo que determinó el especialista en cuanto a su padecimiento; ni tampoco hay referencia que durante su hospitalización en la Torre Médica de Tepepan haya sido valorado por éste. Respecto a la Rehabilitación Pulmonar, no se realizó ni se valoró en el paciente, a pesar de que en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias cuentan con una Clínica del EPOC.

5.1.2.6.8 Con esto se observa que el paciente presentaba dos padecimientos crónicos, que iban encaminados a presentar deterioro a nivel cardiaco, pero que estos no se valoraron en conjunto; propiamente se avocaron a ver y tratar el EPOC, vigilando únicamente el que no presentara aumento de la presión arterial, sin darle un seguimiento integral al paciente. Nunca fue valorado por Cardiología o por Neumología. En todo el tiempo que estuvo hospitalizado no hay constancia de que se le haya tomado una gasometría (gases en sangre arterial), para determinar como se encontraba la concentración de oxígeno, lo cual es conocido

como uno de los estudios complementarios, además de la espirometría, la cual solo consta que se le realizó una vez mientras estuvo hospitalizado en la Torre Médica de Tepepan.

5.1.2.6.9 Por lo anterior, se puede afirmar que no se llevó a cabo una valoración integral de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica así como de la Hipertensión Arterial Sistémica, ni tampoco se le proporcionó el oxígeno referido en la literatura médica, que es de 12 a 19 litros al día, proporcionando un promedio de 3 litros al día. En este orden de ideas, no se llevaron a cabo las gestiones para que el paciente fuera llevado a Rehabilitación Pulmonar.

5.1.2.6.10 Existió mala práctica médica por parte de la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Norte y en la Torre Médica de Tepepan, debido a que no se realizó una valoración conjunta de las enfermedades padecidas por el agraviado, atendiendo al hecho de que ambas enfermedades conllevaban a una repercusión a nivel cardíaco.

En este orden de ideas, durante la hospitalización de la persona agraviada en la Torre Médica Tepepan, no existió valoración alguna por parte de las especialidades en Cardiología y Neumología. Tampoco se le proporcionó el mínimo de oxígeno que ameritaba su caso (12 a 19 litros diarios, proporcionándose únicamente 3), ni se llevaron a cabo gestiones para que el paciente fuera llevado a Rehabilitación Pulmonar, tampoco se realizaron los estudios indispensables para llevar un control de su padecimiento, como lo eran tomar una placa de rayos X al tórax, estudios de gasometría arterial y otra espirometría.

5.1.2.7 Agraviado I. Expediente CDHDF/II/121/GAM/08/P6572

5.1.2.7.1 En la queja que presento el agraviado el 5 de noviembre de 2008, refiere que él presenta pérdida de peso de más de 15 kilogramos en un mes, así como dolor abdominal, diarrea y fiebre. Asimismo, dichos síntomas ya tenían dos meses de evolución. Esta información también se refiere en las medidas precautorias que solicitó la CDHDF a favor de esta persona ese mismo día.

5.1.2.7.2 Al respecto, la Guía sobre prevención de VIH para personal que trabaja en centros penitenciaros, refiere que cuando estos síntomas presentan una evolución mayor de 15 días, constituyen una clave en el diagnóstico de VIH/SIDA. Del expediente clínico se desprende que estos síntomas o se identificaron en las diversas consultas en las que acudió el agraviado por lo que no se solicitó la prueba para la detección de VIH/SIDA sino hasta el 11 de noviembre de 2008.

5.1.2.7.3 Existen incongruencias en las notas médicas en cuanto a la presencia de adenomegalias, y estertores, ya que algunas las mencionan y otras no. Considerando que el agraviado tenía síndrome de desgaste, una prueba Sure Check positiva y los estertores, debió solicitarse la radiografía para descartar la infección de vías respiratorias bajas e iniciar el tratamiento adecuado.

5.1.2.7.4 Asimismo, el informe complementario y el resumen clínico del Hospital General "Dr. Enrique Cabrera", en los cuales refieren que el agraviado presento infección de vías respiratorias bajas y probablemente infección por VIH, se debió indicar un tratamiento antibiótico específico.

5.1.2.7.5 En otro informe complementario, se menciona que el médico tratante no realizó una exploración física completa, considerando que durante la exploración física de tórax existe un sesgo según el estetoscopio, la agudeza auditiva del explorador y el medio ambiente en el que se realiza la exploración, no debió omitirse la toma de la radiografía de tórax.

5.1.2.7.6 El 11 de noviembre de 2008, se realizó una prueba rápida para detección de la infección por el virus de VIH/SIDA, la cual resulto positiva. Existen incongruencias en lo que se refiere a la realización de la prueba de ELISA ya que en las notas médicas se menciona que se solicitó y en otras se menciona que se encuentran en espera del resultado. En el informe complementario de la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Norte se informa que los estudios no estuvieron a tiempo porque la Clínica Condesa se encontraba en suspensión de actividades. Por el cuadro clínico que presentaba el paciente, se debió confirmar con prontitud la infección del virus por medio de otra prueba rápida o solicitar apoyo a otra institución médica para la realización de otra prueba diagnóstica.

5.1.2.7.7 Por todo lo anterior, se establece que los médicos tratantes incurrieron en mala práctica médica al o identificar tempranamente el cuadro clínico de VIH ni de neumonía que presento el agraviado. Asimismo, no realizo las gestiones necesarias para la realización de las pruebas confirmatorias de infección por VIH de manera oportuna, omitiendo realizar los exámenes de laboratorio y gabinete necesarios para descartar la presencia de esta enfermedad.

5.1.3 Sobre el derecho a la salud vulnerado por insuficiencia de recursos y de personal médico.

5.1.3.1 Agraviado G. Expediente CDHDF/I/121/XOCH/08/P2244

5.1.3.1.1 El 29 de febrero de 2008 no se llegó a practicar una valoración completa al agraviado en materia de cardiología, por causa de no contar con los estudios de laboratorio y gabinete en el Hospital de la Torre Médica de Tepepan.

5.1.3.1.2 Esto determinó que las condiciones del Hospital Torre Médica Tepepan, no hayan cumplido con lo instruido en la Norma Oficial Mexicana NOM-17-SSA1-2000, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada en el artículo 6.1, el cual establece los requisitos que debe cubrir el laboratorio clínico, el laboratorio de urgencias y el gabinete de rayos "X"; así como en el numeral 7.2, el que establece como debe ser el equipamiento completo de los consultorios de cardiología.

5.1.3.2 Agraviado H. Expediente CDHDF/II/121/GAM/08/P3979.

5.1.3.2.1 Destaca la nota médica del 26 de octubre de 2008, en la cual se informa que padeciendo una enfermedad pulmonar obstructiva el agraviado, había estado sin oxígeno desde un día antes, porque se les había acabado el mismo, advirtiéndose en ello la ausencia de este insumo para asegurar su adecuada atención.

5.1.3.3 Agraviado J. Expediente CDHDF/II/121/GAM/08/P7157.

5.1.3.3.1 Presentando el agraviado un problema neurológico de gravedad, requería ser trasladado del Hospital de Ticomán a otro que contara con tomógrafo y con servicio de Neurología; sin embargo, esa referencia no se pudo llevar a cabo por la falta de ambulancia para cuidados intensivos. La CDHDF reconoce que si bien es cierto que el traslado del Hospital General de Ticomán a Xoco no hubiera cambiado el resultado final de este evento que fue la muerte, ello hubiera facilitado las posibilidades de asegurar que se hizo todo lo posible para salvar su vida.

5.1.3.3.2 En segundo lugar, en el expediente clínico se anotaron aspectos administrativos atribuibles al Sistema de la Secretaria de Salud del Distrito Federal los cuales redundaron en una atención médica limitada al paciente. Se puede inferir de manera sustentada que el paciente fue canalizado por la unidad médica del Reclusorio Preventivo Varonil Norte a un centro hospitalario que no contaba al menos en ese momento, con la infraestructura necesaria para brindarle una atención médica de calidad, pues el Hospital General Ticomán no contaba con tomógrafo, servicio de Neurología, con ventiladores disponibles para ventilación mecánica asistida y con un espacio de aislamiento para pacientes infectocontagiosos, entre otros.

5.1.4 Sobre el derecho a la salud vulnerado por inadecuada integración del expediente clínico de atención médica.

5.1.4.1 Agraviado A. Expediente CDHDF/122/07/GAM/P1187-IV.

5.1.4.1.1 Como se mencionó en la argumentación sobre vulneración del derecho a la vida, el agraviado quien padecía de una fuerte lesión cerebral, acudió a las 18:55 horas del 16 de febrero de 2007 a la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Norte, sin poder caminar por su propio pie; aún cuando la versión del personal médico el agraviado no se dejó valorar, dicha manifestación no se encuentra debidamente documentado en la nota de alta voluntaria como lo establece la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1 del expediente clínico, en su numeral 10.1.2, en la cual se instruyen los requisitos que debe tener la hoja de egreso voluntario, tratándose del documento por medio del cual el paciente o sus familiares o representantes, solicitan el egreso, con pleno conocimiento de las consecuencias que ese acto pudiera originar.

5.1.4.2. Agraviado F. Expediente CDHDF/II/121/IZTP/08/P2081

5.1.4.2.1 Como se mencionó en la argumentación sobre la vulneración del derecho a la vida, la nota de valoración realizada al agraviado por el Dr. Julián Pedro Coca López el 21 de abril de 2008, careció de datos importantes como son los signos vitales, así como los resultados de la palpación, percusión y

auscultación en región abdominal, vulneró el numeral 7 de la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del expediente clínico, el cual establece que las notas médicas de urgencias deben contener los siguientes datos:

- Fecha y hora en que se otorga el servicio;
- Signos vitales;
- Motivo de la consulta;
- Resumen del interrogatorio, exploración física y estado mental en su caso;
- Diagnóstico o problemas clínicos;
- Resultados de estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento;
- Tratamiento, y
- Pronóstico.

5.1.4.2.2 Estos datos eran importantes de analizar y registrar, puesto que de haberlo hecho, se hubiera confirmado el diagnóstico que el agraviado presentaba un cuadro clínico de abdomen agudo probablemente por estallamiento de víscera, lo que a su vez pudiese haber evitado el fallecimiento de esta persona.

5.1.4.3 Agraviado I. Expediente CDHDF/II/121/GAM/08/P6572

5.1.4.3.1 En este caso, se trata de un interno de quien se sospecha padece de VIH/SIDA. Sin embargo, en el expediente clínico elaborado en la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Norte, no se encontró historia clínica, en las notas médicas de consulta externa no se hace constar que se llevó a cabo una exploración física completa ni se mencionan los signos vitales.

5.1.4.3.2 El numeral 6 de la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, al igual que la semiótica o propedéutica médica, establecen que se debe seguir el procedimiento que comprende:

1. Interrogatorio clínico; 2. Inspección; 3. Palpación; 4. Mensuración; 5. Percusión; 6. Auscultación y 7. Métodos complementarios.

5.1.4.4 Agraviado J. Expediente CDHDF/II/121/GAM/08/P7157.

5.1.4.4.1 En el caso de un interno con padecimiento neurológico crónico, no se agregó la historia clínica en su expediente elaborado por la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Norte.

5.1.4.4.2 La nota de evolución médica elaborada en la Unidad Médica de referencia el 29 de enero de 2007, está con letra manuscrita y con una caligrafía que dificulta su lectura; además no se mencionan los signos vitales.

5.1.4.4.3 Las notas de evolución del 12 de febrero de 2008 y del 3 de marzo de 2008, no señalan los signos vitales.

5.1.4.4.4 El expediente clínico de la Unidad Médica del centro de reclusión en comento, agregan recetas que no están soportadas en las notas médicas, como

ocurrió el 5 de noviembre de 2208, en la cual se prescribió naproxen para el lumbalgio sin existir nota médica de esa fecha.

5.1.5 Sobre el derecho a la integridad física, vulnerado por tratos crueles, inhumanos y degradantes.

5.1.5.1 Respecto al planteamiento de establecer si, en su caso, la falta de atención médica oportuna le produjo dolores o sufrimiento físicos al agraviado, cabe mencionar que en el tema de del sufrimiento físico,[57] es importante mencionar que en el tema del sufrimiento físico, si bien es cierto es frecuente señalar que el dolor por ser un síntoma de enfermedad es de apreciación subjetiva, y que además es conocido que algunas personas son más susceptibles que otras en relación al sufrimiento provocado por éste, también lo es que existe un estándar promedio sobre la percepción del sufrimiento causado por una dolencia, el cual es aplicable al agraviado.

5.1.5.2 Por consecuencia, es necesario establecer si una persona promedio hubiera sufrido dolores físicos por la falta de atención médica oportuna, ante un abdomen agudo hemorrágico profundo por trauma que provocó laceración del bazo entre otras consecuencias.

5.1.5.3 Al tomar en cuenta lo señalado por la peticionaria hermana del agraviado así como lo escrito en el acta circunstanciada de Visitador Adjunto que atendió la queja, aunado al testimonio de los internos que el día 21 de abril de abril de 2008 incidentalmente acompañaron a la victima de violaciones a derechos humanos en la camioneta donde falleció, más el dictamen de necropsia realizada al cadáver de esta persona, se puede establecer que sí es posible que la mayoría de las personas promedio hubieran sufrido físicamente, por lo que es posible inferir médicamente que es evidente la presencia de sufrimiento físico por falta de atención médica oportuna.

5.2 FUNDAMENTACIÓN. MARCO JURÍDICO DE LOS DERECHOS HUMANOS VIOLADOS.

5.2.1 La violación al derecho a la vida por negligencia médica. Expedientes CDHDF/122/07/GAM/P1187-IV y CDHDF/II/121/IZTP/08/P2081.

5.2.1.1 En los casos aquí planteados, los agraviados vieron reducidas las posibilidades de salvar su vida al no ser atendidos oportunamente del padecimiento que sufrían.

5.2.1.2. Para una mejor comprensión de este hecho, debemos recordar el concepto sobre negligencia médica que ha realizado la Asociación Médica Mundial:[58]

---

[57] McBRYDE Thomas y Blacklow Johnathan. *Signos y síntomas; fisiología aplicada e interpretación clínica.* Editorial Interamericana. México, 1973, p. 45.

[58] Adoptada por la 44ª Asamblea Médica Mundial, Marbella, España, en septiembre de 1992.

> La negligencia médica comprende la falla del médico a la conformidad de las normas de la atención para el tratamiento de la condición del paciente, o impericia, o indolencia al proporcionar la atención del paciente, que es la causa directa de un accidente al paciente.

5.2.1.2 Mientras que el derecho a la vida es la garantía fundamental de la que derivan todos los demás derechos, y sin ella perderían todo sentido. La vida es un valor absoluto que no puede quedar subordinado a intereses diversos, quedando el Estado comprometido a su protección.

5.2.1.3 El derecho a la vida es reconocido en los artículos 3 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos; 6 de del Pacto internacional de Derechos Civiles y Políticos; 1 de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre y en el numeral 4 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos (*cfr*). En ellos se obliga al Estado a no privar de la vida a sus habitantes, ya sea por acción o por omisión.

5.2.1.4 En la concatenación entre el derecho a la vida y el derecho a la salud, se encuentra el derecho a una vida digna, que consiste en la garantía a favor de todas y todos los habitantes de un Estado, para que este último provea de los servicios básicos que permitan las mejores condiciones de vida de sus habitantes.

5.2.1.5 Es en el artículo 25.1 y 25.2 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, donde se establece que dentro de las condiciones para el mejoramiento de las condiciones de vida de las personas, se encuentra el derecho a la salud:[59]

> 1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

5.2.1.6 En este orden de ideas, la Corte Interamericana de Derechos Humanos[60] ha señalado que cuando el Estado brinda un servicio de salud pública, pero en lugar de generar un bienestar provoca por negligencia un acto del que priva de la vida a una persona, se genera una violación al derecho fundamental de la vida, debido a que debe ser garante del derecho a la salud y la vida, quedando obligado a prevenir todas aquellas situaciones que pudieran conducir, por acción u omisión, la supresión de la vida del usuario de los servicios médicos. Por consecuencia, recae en el Estado la obligación de proporcionar una explicación convincente y satisfactoria cuando por un caso de negligencia algún(a) usuario(a) del servicio de salud pública pierde la vida, asumiendo la responsabilidad por la muerte de esa persona.

---

[59] El subrayado es nuestro.

[60] Corte Interamericana de Derechos Humanos. Caso Juan Humberto Sánchez vs. Honduras Sentencia de 7 de junio de 2003, párrafo 111.

5.2.1.7 Resulta primordial que el gobierno de cada Estado, instituya los mecanismos necesarios para el mejoramiento de sus políticas públicas en materia de salud, con el objeto de no solamente dar cobertura al derecho a la salud misma, produciendo como consecuencia inmediatas, beneficios que contribuyan al cumplimiento del derecho a la vida, así como a la calidad de vida.

5.2.2 La violación al derecho a la salud por negligencia médica, expedientes:
CDHDF/122/07/IZTP/P5821-II
CDHDF/II/121/IZTP/08/P0267
CDHDF/II/121/GAM/08/P0492
CDHDF/II/122/GAM/08/P0539
CDHDF/II/122/XOCH/08/P2244
CDHDF/II/121/GAM/08/P3979
CDHDF/II/121/GAM/08/P6572

5.2.2.1 El artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece que toda persona tiene derecho a los servicios de salud.[61]

5.2.2.2 El derecho constitucional a la protección de la salud es el que se ostenta frente al Estado a fin de obtener una acción positiva que esté dirigida a la efectiva satisfacción de la atención individual por encima de las posibilidades personales del sujeto. Pero también significa, —y esto es muy importante—, la obligación (negativa) del Estado para no dañar la salud.[62]

5.2.2.3 En los expedientes analizados, se observó que la negligencia médica incidió directamente en el deterioro a la salud de los agraviados, si bien es cierto en algunos casos, la adecuada práctica médica no hubiera asegurado un resultado satisfactorio en el restablecimiento de su salud, no puede soslayarse que con esta conducta no se garantizó una atención médica de calidad.

5.2.2.4 En el derecho internacional de los derechos humanos se encuentra el artículo 12.1, del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos,[63] que a la letra indica:

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

El Estado Mexicano es Parte de este Pacto, con lo que se ha comprometido a garantizar para sus habitantes el más alto nivel posible de salud física y mental.

---

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

[62] ABRAMOVICH, Víctor, COURTIS Christian. "Hacia la exigibilidad de los derechos económicos, sociales y culturales: estándares internacionales y criterios de aplicación ante los tribunales locales" en Abregú, M. y Courtis., C. (comps.) *La aplicación de los tratados sobre derechos humanos por los tribunales locales,* Buenos Aires., CELS.

[63] Aprobado por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, mediante Resolución 2200(XXI), el 16 de diciembre de 1966. Aprobado por el Senado de la República el 18 de diciembre de 1980 y publicado en el Diario Oficial de la Federación el 12 de mayo del mismo año.

5.2.2.5 El Consejo Económico Social y Social de las Naciones Unidas al interpretar el mencionado artículo 12 del Pacto en análisis mediante la Observación General número 14 (2000), sobre el Derecho al Disfrute del más Alto Nivel Posible de Salud, interpretó que se debe entender por servicios de salud de calidad:

> Calidad: Además de ser aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas.[64]

5.2.2.6 En relación con el requisito de la calidad, el Poder Judicial de la Federación Mexicana, a través del Juzgado Séptimo de Distrito del Estado de Guerrero, al resolver el Juicio de Amparo 1157/2007-II[65] sobre el primer caso en que se hace justiciable en nuestro país un derecho económico social y cultural como lo es el de la salud, en relación con un Centro de Salud que no proporcionaba este servicio público en la comunidad de Mini Numa, Municipio de Metlatonoc, Estado de Guerrero, señaló:

> La calidad en el servicio de salud, es un requisito que abarca no solamente la existencia misma del sistema de salud (dado que de nada sirve un sistema sanitario que opera en pésimas condiciones de calidad, lo que puede llevar incluso no a la protección de la salud, sino a su empeoramiento), sino también de igualdad entre quienes acceden a los servicios de salud y de quienes lo hacen en servicios privados.

Esto significa que la calidad en los servicios médicos, implica una atención esmerada que evite a toda costa la negligencia médica y como consecuencia directa, el deterioro en la salud de los usuarios de este servicio.

5.2.2.7 En el sistema interamericano de los derechos humanos, el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, "Protocolo de San Salvador",[66] establece en el artículo 10, inciso e) el derecho de los grupos sociales de más alta vulnerabilidad y riesgo, para recibir atención para la salud:

> Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto bienestar físico, mental y social.

---

[64] Observación General número 14(2000) E/C.12/2000/4 del Consejo Económico, Social y Cultural de las Naciones Unidas sobre el Derecho al Disfrute del más Alto Nivel Posible de Salud (Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales). Ginebra, Suiza. 25 de abril al 12 de mayo de 2000. Párrafo 12, inciso d.

[65] *Cfr.* foja 32 de la sentencia fechada el 16 de julio de 2008.

[66] Adoptado en San Salvador, El Salvador, el 17 de noviembre de 1988, en el decimoctavo período ordinario de sesiones de la Asamblea General de la Organización de Estados Americanos.

> Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud, los Estados Parte se comprometen a reconocer a la salud como un bien público y particularmente adoptar las medidas para garantizar este derecho:
>
> […].
>
> e) La satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables.

5.2.2.8 La Ley General de Salud, establece en su artículo 2º, los propósitos del servicio público en esta materia:

> El derecho a la protección de la salud, tiene las siguientes finalidades:
>
> I. […]
>
> II. La prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana;
>
> III. […].
>
> IV. La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación y mejoramiento y restauración de la salud;
>
> V. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población;

Estos señalamientos que hace el numeral segundo de la Ley General de Salud, van encaminados a la prolongación y mejoramiento de la calidad de vida de las usuarias y de los usuarios, situación que no se logró en ninguno de los casos anteriormente enunciados, exigiendo también una actitud solidaria por parte de quienes prestan este servicio público.

5.2.2.9 La Ley de Salud del Distrito Federal, establece cómo debe ser prestado el servicio de salud en el artículo 16-B, estableciendo que el tratamiento médico debe ser de calidad, respetando los principios médicos científicamente aceptados:

> Artículo 16. La población tiene derecho a una atención médica apropiada, independientemente de la condición económica, cultural, identidad étnica y género del individuo.
>
> Los usuarios de los servicios de salud deberán:
> I. Ser atendidos por un médico;
> II. Ser tratados respetando sus intereses;
> III. Recibir un tratamiento conforme a los principios médicos científicamente aceptados, y
> IV. La seguridad en la calidad, y continuidad de la atención médica recibida, independientemente del nivel o unidad donde reciba el servicio.

5.2.2.10 El Distrito Federal como Entidad Federativa, tiene una organización legislativa acorde a los lineamientos internacionales en materia de salud, pero

hace falta aterrizar el mejoramiento de las políticas públicas de salud, para que ésta atención se imparta con calidad.

5.2.3 La violación del derecho a la salud por insuficiencia de recursos y personal médico, expedientes:
CDHDF/II/122/XOCH/08/P2244.
CDHDF/II/121/GAM/08/P3979.
CDHDF/II/121/GAM/08/P7157.

5.2.3.1 El derecho a la salud consagrado en el mencionado numeral 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, involucra tanto garantías individuales como sociales, por cuanto requiere, para ser efectivo, la participación del individuo, la sociedad y del Estado. El Juez Séptimo de Distrito en el Estado de Guerrero, al resolver el primer caso sobre justiciabilidad en México de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales en relación con el Centro de Salud de la comunidad Mini Numa en el Municipio de Metlatonoc, definió que este artículo constitucional abarca cuatro características específicas sobre el derecho a la salud; entre las cuales, destaca la accesibilidad de éste servicio público:

a) Es una garantía individual;

b) Sus titulares pueden ejercerlo libremente;

c) Es un derecho universal, pues protege a todo ser humano, y

d) Su parte medular consiste en el acceso a todos los servicios de salud.

A continuación se desglosa la fundamentación jurídica relacionada con la disponibilidad de recursos y personal médico, desglosando ambos aspectos:

- **En relación con la falta de recursos:**

5.2.3.2 Conforme al Derecho Internacional de los Derechos Humanos, el artículo 12.1. del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, señala:

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

5.2.3.3 En relación con este artículo del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el Consejo Económico, Social y Cultural de las Naciones Unidas; en su Observación General número 14 (2000) sobre el Derecho al Disfrute del más Alto Nivel Posible de Salud, definió en el párrafo 12, inciso b, lo que se debe entender por accesibilidad del derecho a la salud.

> Accesibilidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado Parte. […]

5.2.3.4 Dentro del Sistema Interamericano se encuentra el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, "Protocolo de San Salvador", el cual establece en el artículo 10, inciso a, el lineamiento de la accesibilidad a los servicios de salud, al alcance de todos los individuos que lo necesiten:

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

5.2.3.5 En la legislación local, el artículo 1 bis, fracción V, de la Ley de Salud para el Distrito Federal, establece que el derecho a la protección de la salud, debe ser satisfecho de manera eficaz y oportuna en beneficio de los habitantes del Distrito Federal:

> Para los efectos de la presente ley, el derecho a la protección de la salud tiene las siguientes finalidades:
>
> V. El disfrute de servicios de salud que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población.

Mientras que el numeral 8, fracción XII, del mismo ordenamiento, instruye que es una obligación de la Secretaría de Salud, garantizar la existencia de los insumos para la atención de las y los usuarios de este servicio público:

> Artículo 8. La Secretaría de Salud del Distrito Federal tendrá a su cargo:
>
> XII, Garantizar la disponibilidad del cuadro básico de insumos, determinado por la Secretaría y su disponibilidad a la población en general;

- **En relación a la disponibilidad de personal médico:**

5.2.3.6 El artículo 12.2, inciso d, del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales,[67] establece que los Estados Partes deben tomar las medidas necesarias para asegurar la plena efectividad de este derecho, creando las condiciones que aseguren a todos, la asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad (*cfr*).

---

[67] Aprobado por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, mediante resolución 2200 (XXI), el 16 de diciembre de 1966. Ratificado por México el 23 de marzo de 1981 y publicado en el Diario Oficial de la Federación el 12 de mayo del mismo año.

5.2.3.7 Este artículo se concatena con el numeral 2.1, el cual señala que los Estados Partes se comprometen a tomar las medidas necesarias y el máximo de recursos disponibles, para lograr progresivamente, por todos los medios apropiados, la plena efectividad de los derechos reconocidos en ese Pacto, entre los que se encuentra el derecho a la salud (*cfr*).

5.2.3.8 Cada uno de los Estados Partes en el presente Pacto se compromete a adoptar medidas, tanto por separado como mediante la asistencia y la cooperación internacionales, especialmente económicas y técnicas, hasta el máximo de los recursos de que disponga, para lograr progresivamente, por todos los medios apropiados, inclusive en particular la adopción de medidas legislativas, la plena efectividad de los derechos aquí reconocidos.

5.2.3.9 El Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, "Protocolo de San Salvador",[68] establece en el artículo 10, inciso b, el lineamiento de hacer extensivo los servicios de salud a todos los habitantes del Estado, lo cual se logra a través de la disponibilidad de personal médico para ello:

> Artículo 10. Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto bienestar físico, mental y social.
>
> Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud, los Estados Parte se comprometen a reconocer a la salud como un bien público y particularmente adoptar las medidas para garantizar este derecho:
>
> b) La extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado.

5.2.3.10 Por consecuencia, el derecho a la salud es una garantía fundamental de todo ser humano, que implica el cumplimiento de los siguientes principios: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad. Respecto de la disponibilidad, que se refiere a los recursos humanos suficientes con los que debe contar el sistema de salud, el Comité DESC de la ONU define lo siguiente:

> Disponibilidad. Cada Estado parte deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas. La naturaleza precisa de los establecimientos, bienes y servicios dependerá de diversos factores, en particular el nivel de desarrollo del Estado Parte. Con todo, esos servicios incluirán los factores determinantes básicos de la salud, como agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas, hospitales, clínicas y demás establecimientos relacionados con la salud, personal médico y profesional capacitado y bien remunerado habida cuenta de las condiciones que existen en el país, así como los medicamentos

[68] Adoptado en San Salvador, El Salvador, el 17 de noviembre de 1988, en el decimoctavo período ordinario de sesiones de la Asamblea General de la Organización de Estados Americanos.

esenciales definidos en el Programa de Acción sobre medicamentos esenciales de la OMS.[69]

5.2.3.11 En la legislación local a través de la Ley de Salud del Distrito Federal, el numeral 16-Bis, establece como primer derecho de las y los usuarios de los servicios de salud que presta la Secretaría de Salud del Distrito Federal, la atención por una o un médico, lo cual solamente es factible de lograr, si se cuenta con el personal para poder atender a todas las personas que lo necesiten:

> Artículo 16 Bis. La población tiene derecho a una atención médica apropiada, independientemente de la condición económica, cultural, identidad étnica y género del individuo.
>
> Los usuarios de los servicios de salud deberán:
>
> I. Ser atendidos por un médico.

5.2.4. La violación al derecho a la salud por la inadecuada integración del expediente clínico de atención médica, expedientes:
CDHDF/122/07/GAM/P1187-IV.
CDHDF/II/121/IZTP/08/P2081.
CDHDF/II/121/GAM/08/P6572.
CDHDF/II/121/GAM/08/P7157.

5.2.4.1 Las Normas Oficiales Mexicanas son reglas de carácter técnico-jurídico, expedidas por órganos de la administración pública cuyo objeto es uniformar determinados procesos, productos o servicios con el fin de proteger la vida, la seguridad y el medio ambiente.[70]

5.2.4.2. En la introducción a la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico, se asienta que este ordenamiento se encuentra dirigido a sistematizar, homogeneizar y actualizar el manejo del expediente clínico que contiene los registros de los elementos técnicos esenciales para el estudio racional y la posterior solución de los problemas de salud del usuario, involucrando en ello acciones preventivas, curativas y rehabilitatorias, las cuales deberán ser registradas en el referido expediente.

5.2.4.3 El numeral 2 de la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico, establece que el campo de aplicación de esta Norma Oficial, será de observancia general en el territorio nacional, siendo obligatorias sus

---

[69] Observación General número 14 (2000) E/C.12/2000/4. *Op. Cit*. Párrafo 12, inciso a.

[70] CALLADO Bernal, José. *La regulación de la administración pública.* Ediciones PAF. Ciudad de México. 2008, p. 9. La definición legal se puede encontrar en el artículo 3, fracción XI, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, que al respecto señala: **Norma Oficial Mexicana:** la regulación técnica de observancia obligatoria expedida por las dependencias competentes, conforme a las finalidades establecidas en el artículo 40, que establece reglas, especificaciones, atributos, directrices, características o prescripciones aplicables a un producto, proceso, instalación, sistema, actividad, servicio o método de producción u operación, así como aquellas relativas a terminología, simbología, embalaje, marcado o etiquetado y las que se refieran a su cumplimiento o aplicación.

disposiciones para los prestadores de servicios de atención médica en los sectores público, social y privado, incluyendo a los consultorios.

5.2.4.4 A su vez, el artículo 5.1 de ese mismo instrumento técnico-jurídico, ratifica la instrucción del artículo 2º al confirmar que los prestadores de servicios médicos de carácter público, social y privado están obligados a integrar y conservar el expediente clínico en los términos previstos en esa Norma Oficial Mexicana, obligando solidariamente a los establecimientos donde se imparte el servicio médico, así como al personal médico independientemente de la forma en que fuese contratado.

5.2.4.5 A nivel local, la Ley de Salud para el Distrito Federal, establece la obligación de atender la Norma Oficial en comento, al señalar en el artículo 16, bis 5, que la prestación y verificación de los servicios de salud pública, deberán sujetarse a lo previsto en la Ley General y en las Normas Oficiales (NOM) correspondientes.

5.2.5. La violación al derecho a la integridad personal por la materialización de tratos crueles, inhumanos y degradantes, cometidos por indebida atención médica, expediente CDHDF/II/121/IZTP/08/P2081.

5.2.5.1 El derecho a la integridad personal se entiende como la prerrogativa que obra a favor de todas las personas para que se respete su integridad física, psíquica o moral.[71] La institución que en materia de derechos humanos ha definido con mayor profundidad el concepto de *tratos crueles, inhumanos y degradantes* es el Tribunal Europeo de Derechos Humanos: como *trato cruel* se define la falta de consideración o compasión ante el sufrimiento ajeno; para hablar de *trato inhumano* debe existir sufrimiento mental o físico severo y carecer de justificación para ser aplicado en agravio de una persona; *trato degradante* es aquel que causa humillación a la víctima ante otras personas e inclusive ante su propia dignidad y honor.[72]

5.2.5.2 La diferencia entre tortura y tratos crueles, inhumanos y degradantes, estriba en dos principios: en primer lugar, se encuentra la intensidad del sufrimiento, la cual de manera definitiva siempre será mayor cuando existe tortura; en segundo lugar, por la intencionalidad y el propósito para infligir el sufrimiento, que en el caso de la tortura, siempre existirá una intención y un propósito para provocarla, mientras que en el caso de los tratos crueles, inhumanos y degradantes, no tiene que existir forzosamente intención ni propósito alguno, pudiendo ser causados por negligencia, como ocurrió en el caso que ahora nos ocupa.[73]

5.2.5.3 Una vez definido lo anterior, es necesario mencionar que el derecho a la protección de la integridad personal se encuentra protegido en el artículo 19 de la

[71] CDHDF. *Catálogo para la calificación e investigaciones de violaciones a derechos humanos.* Número 5. Serie: Documentos Oficiales. Ciudad de México. 2008, p. 107.
[72] TRIBUNAL EUROPEO DE DERECHOS HUMANOS. *Ireland vs. United Kingdom Case and Greek Case.* 1978 Yearbook. p. 499 y 504.
[73] Ibidem.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 5 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, 7 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 16 de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, 2 y 11 de la Declaración sobre la Protección de Todas las Personas contra la Tortura y otros Tratos Crueles, Inhumanos o Degradantes, y 5.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos.

5.2.5.4 En su artículo 19, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos prohíbe todo mal tratamiento en la aprehensión o toda molestia que se infiera sin motivo legal, y califica esas prácticas como abusos que deben ser corregidos por las leyes y reprimidos por las autoridades.

5.2.5.5 La Declaración Universal de los Derechos Humanos (artículo 5) y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (artículo 7) establecen que nadie será sometido a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes.

5.2.5.6 En cuanto al contenido del artículo 7 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, el Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas estableció, en su Observación General número 20, que la protección a la integridad personal se debe respetar también con las personas privadas de su libertad:

> 2. La finalidad de las disposiciones del artículo 7 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos es proteger la dignidad y la integridad física y mental de la persona. El Estado Parte tiene el deber de brindar a toda persona, mediante medidas legislativas y de otra índole, la protección necesaria contra los actos prohibidos por el artículo 7, sean infligidos por personas que actúen en el desempeño de sus funciones oficiales, al margen de dichas funciones o incluso a título privado. La prohibición enunciada en el artículo 7 queda complementada por las disposiciones positivas del párrafo 1 del artículo 10, según el cual "toda persona privada de libertad será tratada humanamente y con el respeto debido a la dignidad inherente al ser humano".[74]

5.2.5.7 En el artículo 1º de la Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, se hace una descripción acerca de los tratos crueles, inhumanos y degradantes:

> […] se entenderá por el término "tortura" todo acto por el cual se inflija intencionadamente a una persona dolores o sufrimientos graves, ya sean físicos o mentales, con el fin de obtener de ella o de un tercero información o una confesión, de castigarla por un acto que haya cometido, o se sospeche que ha cometido, o de intimidar o coaccionar a esa persona o a otras, o por cualquier razón basada en cualquier tipo de discriminación, cuando dichos

[74] Comentarios generales (Artículo 7. Prohibición de la tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes) adoptados en el 44º período de sesiones, Naciones Unidas, Doc. HRI/GEN/1/Rev.7 at 173 (1992).

> dolores o sufrimientos sean infligidos por un funcionario público u otra persona en el ejercicio de funciones públicas, a instigación suya, o con su consentimiento o aquiescencia […].

5.2.5.8 La Convención Americana de Derechos Humanos señala en el artículo 5.2 que nadie debe ser sometido a tratos crueles, inhumanos o degradantes, mientras que en el numeral 5.6 instruye que las penas privativas de la libertad tienen como finalidad la reforma y la readaptación social de las personas condenadas. Este último concepto es importante para una interpretación que hace la propia Corte Interamericana de Derechos Humanos relacionada con la privación legal de la libertad y los referidos tratos.

5.2.5.9 Entre otros, es importante también hacer referencia al Código de Conducta para Funcionarios Encargados de Hacer Cumplir la Ley, adoptado por la ONU el 17 de diciembre de 1979, en el que se señala en su artículo 2 la obligación de respetar y proteger la dignidad humana y defender los derechos humanos de todas las personas, y en su artículo 5 que la prohibición de infligir, instigar o tutelar actos de tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.

5.2.5.10 No obstante estas disposiciones, el personal médico adscrito a la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Oriente vulneró el derecho a la integridad física de la persona agraviada, al no proporcionarle el servicio médico y el tratamiento que requería de urgencia, lo cual no solamente afectó su derecho a la salud, sino también constituyó una forma de trato cruel, inhumano y degradante, como lo explica la Corte Interamericana de Derechos Humanos, al interpretar el ya mencionado artículo 5.6:

> […] Las sanciones penales son una expresión de la potestad punitiva del Estado e implican menoscabo, privación o alteración de los derechos de las personas, como consecuencia de una conducta ilícita […]. Sin embargo, las lesiones, sufrimientos, daños a la salud o perjuicios sufridos por una persona mientras se encuentra privada de libertad pueden llegar a constituir una forma de pena cruel cuando, debido a las condiciones de encierro, exista un deterioro de la integridad física, psíquica y moral, que está estrictamente prohibido por el inciso 2 del artículo 5 de la Convención. Las situaciones descritas son contrarias a la "finalidad esencial" de las penas privativas de la libertad, como lo establece el inciso 6 del citado artículo, es decir, "la reforma y la readaptación social de los condenados".[75]

5.2.5.11 La Corte Interamericana de Derechos Humanos, al hacer la interpretación de este precepto, recurre al trabajo del Comité contra la Tortura (Órgano de las Naciones Unidas encargado de la supervisión de los compromisos de los Estados partes de la Convención contra la Tortura), para

[75] Corte Interamericana de Derechos Humanos. *Caso Lori Berenson Mejía Vs. Perú*. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 25 de noviembre de 2004. Serie C. No. 119, párrafo 101.

señalar que en el asunto bajo análisis, se había violado el derecho a la integridad personal.

> El Comité contra la tortura de las Naciones Unidas, afirma que las condiciones de detención en el penal de Yanamayo, entre las que destacan el hacinamiento y la falta de atención médica oportuna, de las que tuvo conocimiento en sus investigaciones, implicaban tratos y penas crueles e inhumanos.[76]

6. Posicionamiento de la Comisión frente a las violaciones de los derechos humanos.

6.1 Los derechos humanos son inherentes a toda persona sin distinción de edad, raza, sexo, nacionalidad o clase social. Las personas privadas de libertad gozan de todos sus derechos, excepto el de transitar fuera del centro de reclusión y los derechos políticos que les son suspendidos, pero que recuperará una vez en libertad.

6.2 La medida privativa de libertad no puede agravarse con un trato por parte de las autoridades que sea contrario a su dignidad y los derechos fundamentales que les son inherentes como seres humanos, los cuales no se pierden por encontrarse al interior de un centro de reclusión (ya sea como procesados o sentenciados).

6.3 Los hechos que dieron lugar a la presente Recomendación constituyen una situación alarmante para la CDHDF, no sólo por la gravedad de éstos, sino porque cada vez son más las violaciones al derecho a la salud de los internos observadas en los centros de reclusión de la ciudad y no es la primera vez que este Organismo emite una recomendación al respecto. Para el caso podemos mencionar diversos pronunciamientos los cuales, a pesar de la gravedad de las violaciones a derechos humanos que los motivaron, no han impedido que las deficiencias y omisiones señaladas en el cuerpo de este documento, continúen siendo un problema cotidiano:

- La Recomendación 19/2008, trató sobre el caso de retardo y negligencia médica en agravio de una persona interna del Reclusorio Preventivo Varonil Sur, lo cual causó que llegara a un estado de completa discapacidad y su posterior fallecimiento.

- Las Recomendaciones previas 8/2005 y 2/2007 se ha pronunciado en relación con las violaciones al derecho a la salud de las personas privadas de su libertad en centros de reclusión y, por ende, a la importancia de que en relación con los derechos humanos de esas personas se acaten las obligaciones de respetar, proteger y cumplir.

Cabe destacar que ocupa un lugar determinante para el ejercicio de otros derechos, el relativo a la salud.

6.4 Los hechos denunciados en este instrumento recomendatorio manifiestan la continuidad de algunos problemas expresados en las anteriores Recomendaciones y que actualmente impiden el cumplimiento del esquema de

[76] *Ibidem*, párrafo 107.

readaptación integral del Distrito Federal, como es la omisión del personal médico para atender con diligencia a las personas internas que padecen problemas de salud o que sufrieron alguna lesión, y la omisión para canalizarlos oportunamente a los hospitales o centros correspondientes, con el objeto de recibir el diagnóstico y tratamiento adecuados para su padecimiento.

6.5 La vigilancia oportuna de la condición de salud de las personas privadas de libertad es de enorme relevancia, por ejemplo, en el caso de aquéllas que ingresan al centro de reclusión con algún antecedente reciente de atención médica en hospitales (de los cuales egresan para ser trasladados a los centros de reclusión) así como de los que se encuentran en fase terminal

6.6 Para un acceso oportuno a los servicios de salud de los centros de reclusión, se requiere de personal médico capacitado, pero además sensible y respetuoso ante las demandas de las personas privadas de su libertad; que otorguen credibilidad a sus peticiones, las de sus familiares, compañeros o personal del centro de reclusión, respecto a la atención médica; y que no minimicen sus condiciones de salud.

6.7 En ese sentido, se precisa de personal médico y de enfermería que tenga una actitud de servicio, profesional, atenta y rápida para tutelar el derecho a la salud de las personas privadas de su libertad y cuando ello no sea posible al interior del centro de reclusión, debido a los recursos limitados con los que cuentan, se les traslade de inmediato a hospitales donde se les pueda brindar los servicios especializados que requieran.

No obstante lo anterior, las violaciones a los derechos humanos de las personas privadas de su libertad son frecuentes, tal como se indica en el Diagnóstico de Derechos Humanos del Distrito Federal que concluye lo siguiente:

> […] Las personas internas no cuentan con recursos necesarios para gozar del derecho a la salud. Esto se debe a que no hay el personal, especialistas y turnos suficientes en todos los centros de reclusión, y **a la falta de atención médica integral de calidad y de medidas preventivas para el control sanitario** […].[77] [Resaltado fuera del original].

6.8 El acceso a los servicios médicos en las unidades de los reclusorios, es limitada de un inicio por el personal de seguridad y custodia, y una vez que los internos logran presentarse en el servicio médico son nuevamente afectados en cuanto al acceso a la atención de sus padecimientos ya que el proceso para lograr obtener un cita médica es lento y la mayoría de las veces, no basta para recibir atención médica puesto que el personal de las unidades médicas es insuficiente y el número de internos que acuden al servicio médico, supera a la cantidad de internos que atienden por día.

---

[77] *Diagnóstico de Derechos Humanos del Distrito Federal,* Comité coordinador para la elaboración del Diagnóstico y Programa de Derechos Humanos del Distrito Federal, México, 2008, párr. 2391, p. 554.

6.9 Conforme al artículo 18 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, es una obligación de la autoridad penitenciaria, lograr la reinserción social de estas personas. La salud es primordial para lograr este objetivo, por ello es preocupante para la CDHDF que en los Hospitales de la Red de la Secretaría de Salud y en las Unidades Médicas de los Centros de Reclusión, no se proporcione a los internos una atención médica pronta y eficaz ni se valore su situación correctamente y después pase desapercibido el cuidado a los internos, sobre todo cuando no se da seguimiento, por parte de las autoridades hospitalarias, a los problemas de salud que se presentan, vulnerando también con ello importantes protocolos médicos que establecen medidas para la detección y tratamientos de enfermedades que ocurren al interior de los centros de reclusión, como son el *Protocolo para la Exploración Médico Legal en los Exámenes de Integridad Física o Edad Clínica Probable* como ocurrió con el interno del Reclusorio Preventivo Varonil Oriente que falleció al interior de un vehículo para traslado de personas internas *y la Guía sobre Prevención de VIH para Personal que Trabaja en los Centros Penitenciarios* en el caso de los internos con VIH/SIDA.

6.10 Tal como lo ha establecido la Corte Interamericana, no debe omitirse que el Estado es el garante de los derechos de las personas privadas de su libertad y de la satisfacción de sus necesidades esenciales para el desarrollo de una vida digna.[78]

6.11 Como ha ocurrido en ocasiones anteriores, la CDHDF a través de esta Recomendación, hace un pronunciamiento dirigido al Gobierno del Distrito Federal para hacer más eficaz la política en materia de salud, como parte de los Derechos Humanos Económicos, Sociales y Culturales en el Distrito Federal, considerando también, el derecho de las personas en reclusión para ser atendidos en sus problemas de salud, de manera eficaz y oportuna.

7. Reparación del daño

7.1 Con fundamento en los artículos 102, apartado B, y 113 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1910, 1915 y 1916 del Código Civil para el Distrito Federal; 77-bis, párrafo tercero, de la Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos; 17, fracción, IV, del Estatuto de Gobierno del Distrito Federal y 46 de la Ley de la CDHDF, se procede a señalar las afectaciones ocasionadas a las víctimas, así como la propuesta a los rubros de reparación del daño derivada de la responsabilidad del Gobierno del Distrito Federal.

7.2. La responsabilidad encuentra su fundamento en la idea de reciprocidad en los intercambios, por lo que toda ruptura en el equilibrio de una relación debe ser

[78] *Cfr. Caso de la Cárcel de Urso Branco,* Medidas Provisionales. Resolución de la Corte Interamericana de Derechos Humanos de 29 de agosto de 2002, considerando sexto. *Caso de la Cárcel de Urso Branco,* Medidas Provisionales. Resolución de la Corte Interamericana de Derechos Humanos de 18 de junio de 2002, considerando octavo; *Caso de la Cárcel de Urso Branco,* Medidas Provisionales. Resolución de la Corte Interamericana de Derechos Humanos de 22 de abril de 2004, considerando sexto.

restablecida.[79] Cuando el Estado ha incurrido en acciones -o en omisiones-, como ocurrió en los casos aquí enunciados, que generan vulneración a los derechos humanos de sus habitantes, asume la responsabilidad y la obligación de reparar las consecuencias de tal violación, conforme a las disposiciones legales internacionales y nacionales en materia de derechos humanos.

7.3 En estos términos, en las sociedades democráticas los derechos humanos se erigen como objetivo, parámetro y límite en la actuación de os órganos del Estado. El compromiso de los Estados para cumplir con sus obligaciones se manifiesta cuando en el ejercicio de su soberanía, firman tratados en materia de derechos humanos que establecen un conjunto de obligaciones que no constituyen un simple catálogo declarativo.[80] Por el contrario, se trata de fuentes de derecho que conllevan un conjunto de obligaciones específicas, traducidas en obligaciones de hacer y de no hacer por parte del Estado.

7.4 La CDHDF ha retomado de manera constante el criterio establecido en la normatividad internacional por la Corte Interamericana de Derechos Humanos, al aplicar el principio establecido en el artículo 63.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos que a la letra señala:

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

7.5 La interpretación que de este artículo ha hecho la Corte Interamericana de Derechos Humanos es:

> La reparación del daño ocasionado por la infracción de una obligación internacional consiste en la plena restitución (*restitutio in integrum*), lo que incluye el restablecimiento de la situación anterior, la reparación de las consecuencias que la infracción produjo y el pago de una indemnización como compensación por los daños patrimoniales y extrapatrimoniales, incluyendo el daño moral.[81]

7.6 La responsabilidad internacional surge, entonces, a raíz de la vulneración de las obligaciones contenidas en los tratados internacionales debidamente suscritos, aprobados y ratificados que se vuelven, por tanto, derecho aplicable y dan origen a un régimen de responsabilidad objetiva y directa, esquema que también se encuentra consagrado en el artículo 113 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (*cfr*).

---

[79] ASDRÚBAL, Aguiar. "La responsabilidad internacional del estado por violación de derechos humanos" en *Revista IIDH* , número 17, enero-julio 1993, p. 13.

[80] Al respecto, véanse los siguientes preceptos del derecho internacional: artículo 29 de la Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados; artículo 28 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; artículo 50 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y artículo 28 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos.

[81] Corte IDH. Caso Velásquez Rodríguez. Sentencia de reparaciones y costas de 21 de julio de 1989. Serie C No. 7, Párr. 26; Caso Godínez Cruz. Sentencia de reparaciones y costas de 21 de julio de 1989. Serie C No. 8, Párr. 24.

7.7 Se entiende por responsabilidad directa la respuesta del Estado al reclamo de la indemnización que le formulan los particulares cuando la actuación de las o los servidores públicos les ocasiona lesiones en sus respectivos derechos, en la inteligencia de que el Estado se reserva el derecho de repetir lo pagado contra las y los servidores públicos que con su actuar y no actuar, tratándose de una conducta omisa, hayan incurrido en falta o infracción grave.[82]

7.8 Por su parte, el régimen de responsabilidad objetiva, significa que, independientemente de que la conducta de la o el servidor público que ocasione la lesión haya sido lícita o ilícita, regular o irregular, legítima o ilegítima, la lesión causada debe indemnizarse en tanto que tal acción u omisión conculca un derecho a la integridad humana que se contempla previamente como garantía.[83]

7.9 En cuanto a la aplicación de los tratados internacionales en derechos humanos, cabe señalar que el artículo 133 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece que todos los tratados que estén de acuerdo con la ley fundamental, "celebrados y que se celebren por el Presidente de la República, con aprobación del Senado, serán la Ley Suprema de toda la Unión".

7.10 Sobre este particular, cabe recordar el criterio de la Suprema Corte de Justicia de la Nación respecto de la jerarquía que en el orden jurídico mexicano guardan los tratados internacionales celebrados de conformidad con el mencionado artículo constitucional federal, mismo que se conoce con el rubro de: *Tratados internacionales. Se ubican jerárquicamente por encima de las leyes federales y en segundo plano respecto de la Constitución Federal*.[84] Esta tesis establece que el texto de este precepto permite comprender que el orden jurídico mexicano está regulado no sólo por la norma interna, sino también por la norma internacional debidamente ratificada, e inclusive ésta tiene preferencia sobre las leyes federales y locales. Ello es relevante en términos del ya mencionado artículo 63.1 de la Convención Americana de Derechos Humanos.

7.11 Por su parte, la Ley de la CDHDF establece en sus artículos 3, 17, fracciones I, II, incisos a) y b), III, IV, V y 46 (*cfr*), que dentro de las facultades de esta Comisión, como organismo público autónomo, está determinar la responsabilidad por violaciones a derechos humanos y la consecuente obligación de reparar.

7.12 Lo anterior permite señalar que en el sistema no jurisdiccional de derechos humanos se pueden solicitar medidas de reparación del daño y ello otorga a todas las personas víctimas de violaciones a derechos humanos la posibilidad de acudir

---

[82] Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal. *Programa Preventivo en Materia de Reparación del Daño*. No. 13, Serie Documento Oficiales. Ciudad de México, 2009. P. 23.

[83] Íbidem.

[84] *Suprema Corte de Justicia de la Nación. Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, novena época, tomo X, emitida por el Pleno, p. 46. Tesis aislada, número de registro 192.867, en materia constitucional, número de control P.I.XVIII/99, noviembre de 1999. También son relevantes las siguientes tesis: Tratados internacionales. Son parte integrante de la ley suprema de la Unión y se ubican jerárquicamente por encima de las leyes generales, federales y locales. Interpretación del artículo 133 Constitucional; Tesis aislada de jurisprudencia con número de registro 172.667, en materia constitucional, en *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta,* novena época, tomo XXV, emitida por el Pleno, p. 6, número de control P.VIII/2007, abril de 2007.

a un sistema alterno al jurisdiccional para solicitar la investigación de los hechos y, en su caso, la emisión de una Recomendación, que al ser aceptada, sea plenamente exigible y cumplimentada.

7.13 Como regla general, la naturaleza, criterios y montos de las reparaciones deben verse a la luz de las circunstancias del caso concreto y deben incluir, al menos, los siguientes elementos:

Daño material, que consiste en lucro cesante y daño emergente. El primero, relativo a las ganancias lícitas dejadas de percibir (pérdida de ingresos) y el segundo, respecto del cual se debe entender los gastos incurridos a raíz de la violación.

Daño moral, que de acuerdo con la Corte Interamericana de Derechos Humanos incluye:

> […] tanto los sufrimientos y las aflicciones causados a las víctimas directas y a sus allegados, como el menoscabo de valores muy significativos para las personas y otras perturbaciones que no son susceptibles de valoración pecuniaria. Es una característica común a las distintas expresiones del daño moral el que, no siendo posible asignárseles un preciso equivalente monetario, solo puedan, para los fines de la reparación integral a las víctimas, ser objeto de compensación, y ello de dos maneras. En primer lugar, mediante el pago de una suma de dinero o la entrega de bienes o servicios apreciables en dinero, que el Tribunal determine en aplicación razonable del arbitrio judicial y en términos de equidad. Y en segundo lugar, mediante la realización de actos u obras de alcance o repercusión públicos, que tengan efectos como la recuperación de la memoria de las víctimas, el restablecimiento de su dignidad, la consolación de sus deudos o la transmisión de un mensaje de reprobación oficial a las violaciones de los derechos humanos de que se trata y de compromiso con los esfuerzos tendientes a que no vuelvan a ocurrir. La tasación del monto que se debe pagar por concepto de daño moral debe hacerse con criterios de "equidad y basándose en una apreciación prudente, dado que no es susceptible de tasación precisa."[85]

7.14 En cuanto al cálculo del daño material, cabe aclarar que la Corte Interamericana de Derechos Humanos ha considerado que:

> […] a falta de información precisa sobre los ingresos reales de las víctimas, tal como lo ha hecho en otras oportunidades, debe tomar como base el **salario mínimo** para actividades no agrícolas […].[86]

---

[85] Corte Interamericana de Derechos Humanos. *Caso Villagrán Morales y Otros (Caso de los "Niños de la Calle")*. Sentencia de reparaciones de 26 de mayo de 2001. Serie C No. 77. Párrafo 84.

[86] Corte Interamericana de Derechos Humanos. *Caso Villagrán Morales y Otros (Caso de de los "Niños de la Calle"). Supra*. Párrafo 79.

Igualmente, en sus resoluciones ha establecido que se deberán considerar los ajustes por incremento a ese salario, la edad de la víctima directa y la expectativa de vida que ésta pudo haber tenido.

7.15 La tasación del monto que se debe pagar por concepto de daño moral debe hacerse con criterios de equidad[87] "y basándose en una apreciación prudente, dado que no es susceptible de tasación precisa."[88]

7.16 Garantías de satisfacción y no repetición. Otro rubro igualmente importante es el que se refiere a la adopción de medidas encaminadas a evitar que se puedan dar violaciones de derechos humanos similares a las ya cometidas. Entre ellas se encuentran la obligación de avanzar una investigación diligente sobre los hechos delictivos ocurridos en las víctimas, en aquellos casos donde aún queda pendiente este rubro, así como la protección a las personas victimizadas.

7.17 Los principios aquí enumerados son la base de los requerimientos que lleva a cabo la CDHDF en materia de reparación del daño, porque son el fundamento de una atención integral para todas aquellas personas que han sido objeto de violación a sus derechos fundamentales y forman parte de los compromisos que asumen todos los gobiernos de aquellos Estados que se precien de ser democráticos, como es el caso de nuestro país y específicamente del Distrito Federal.

- **La reparación en los presentes casos:**

  - **En materia de atención a las víctimas de violaciones a derechos humanos:**

7.18 Para los casos que nos ocupan, debemos entender como víctimas a los agraviados, así también a los familiares de éstos. Considerando la afectación psicológica y conductual que generó en su personalidad el acto violatorio cometido en su agravio y en el de su familiar, se les deberá proporcionar atención psicológica de manera permanente y continua. El compromiso de apoyo psicológico cobra vital importancia si consideramos que el fallecimiento de sus familiares se dio de manera súbita e inesperada, a pesar de los padecimientos que ya presentaban.

7.19 Es fundamental que se proporcione a los agraviados, orientación jurídica respecto de los hechos cometidos en agravio de su familiar y de ellos mismos, para las acciones legales a que haya lugar.

7.20 Asimismo, como parte de la reparación, se deberá restituir a los peticionarios, los gastos que se hayan generado por concepto del pago de los servicios funerarios. En caso de que las personas peticionarias no tengan para comprobar

[87] Corte Interamericana de Derechos Humanos. *Caso Velásquez Rodríguez*. Reparaciones, *supra* nota 28, Párr. 27; Caso *Godínez Cruz. Reparaciones, supra* nota 28, Párr. 25; *Caso Ivcher Bronstein v. Perú*, *supra* nota 13, Párr. 183; *Caso Cinco pensionistas v. Perú, supra* nota 15, Párr. 180.
[88] Corte Interamericana de Derechos Humanos. *Caso Ivcher Bronstein v. Perú*, *supra* nota 13, Párr. 183.

los *gastos de marcha*, se deberá proceder al criterio establecido en la fracción I del artículo 500 de la Ley Federal del Trabajo.[89]

7.21 Otorgar una reparación de daño a través de los programas de beneficencia social que otorga el Gobierno del Distrito Federal a toda persona que se encuentre en situación de desventaja o vulnerabilidad.

- **En materia de políticas públicas para evitar la repetición de los hechos denunciados:**

7.22 Actualmente, se está remodelando el Hospital Torre Médica de Tepepan, con el objeto de ampliar su capacidad de atención y modernizar sus instalaciones así como el equipamiento en materia de salud para la población que se encuentra privada de su libertad. Con motivo de lo anterior, esta es la oportunidad de tomar en consideración las necesidades de la población penitenciaria en materia de salud, para desarrollar un sistema de idóneo que atienda las necesidades de este sector poblacional de manera eficiente, eficaz y oportuna.

7.23 Asimismo, es necesario crear un protocolo dirigido al personal del servicio público en materia de salud para la población penitenciaria, con el objetivo de contar con una guía por escrito de las acciones a desarrollar, sobre todo en los casos de atención de casos médicos que son considerados como graves y urgentes.

7.24 En este orden de ideas, es imprescindible implementar un mecanismo de supervisión que constriña a los médicos que laboran como servidores públicos al interior de los centros de reclusión, para atender las necesidades de salud de las personas internas, sobre todo en los casos de emergencia, tomando en cuenta los protocolos y guías para atención de casos especiales, como es el hecho de internos que padecen de VIH/SIDA o que son lesionados por otras personas.

Por todo lo anteriormente expuesto y con fundamento en los artículos 1 y 102 apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 17 fracción IV y 22 fracción IX de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, y 1 y 140 de su Reglamento Interno, notifico a ustedes la siguiente:

RECOMENDACIÓN:

PRIMERA. Tomando en consideración que las víctimas de violaciones a derechos humanos ya fallecieron, se proceda a la reparación integral del daño a favor de las y los peticionarios, inscribiendo a sus familias a programas de apoyo social. Asimismo, se pague a los familiares el equivalente a los gastos erogados en los funerales de las personas agraviadas.

[89] Artículo 500.- Cuando el riesgo traiga como consecuencia la muerte del trabajador, la indemnización comprenderá:
I. Dos meses de salario, por concepto de gastos funerarios.

SEGUNDA. Se elabore un protocolo o guía para ser aplicado al interior de las unidades médicas en los centros de reclusión de la ciudad, dependientes de la SSDF, que tenga por finalidad establecer los lineamientos bajo los cuales se deberá brindar y dar seguimiento a la atención médica de las personas privadas de su libertad.

TERCERA. La creación de un Comité de Vigilancia que opere al interior de la Secretaria de Salud del Distrito Federal, el cual deberá supervisar las acciones de los médicos adscritos a los centros de reclusión, para la atención de las personas internas, en casos de salud considerados como graves y urgentes, velando también por el estricto cumplimiento del Protocolo para la Exploración Médico Legal en los Exámenes de Integridad Física o Edad Clínica Probable, la Guía sobre Prevención de VIH para Personal que Trabaja en los Centros Penitenciarios y el Protocolo propuesto en el punto recomendatorio anterior.

CUARTA. Se asegure que en todas las referencias y contrarreferencias de las personas privadas de su libertad en centros de reclusión a instituciones hospitalarias externas, se remita su expediente clínico, notas médicas y/o documentos necesarios que permitan asegurar la atención médica.

QUINTA. Otorgando continuidad al diagnóstico que está realizando la Secretaría de Salud del Distrito Federal en relación con la atención a la salud materno-infantil solicitado en el tercer punto recomendatorio del instrumento 2/2009, en un término no mayor a 3 meses, se lleve a cabo el mismo estudio en todas las unidades médicas adscritas a los centros de reclusión del Distrito Federal, así como en el proyecto de reconstrucción y ampliación de la Torre Médica de Tepepan, con el objeto de validar los resultados de este ejercicio de auto-evaluación, que deberá contemplar como ejes principales los siguientes:

a) El número de médicos especialistas en salud, ambulancias y personal especializado que es necesario contratar, para atender eficazmente las necesidades de la población en reclusión, en particular, se observen los mecanismos de suplencias del personal que se ausenta por permisos especiales o vacaciones.

b) Las adecuaciones que se tienen que llevar a cabo en las instalaciones de las unidades médicas al interior de los centros de reclusión del Distrito Federal, con el propósito de atender las demandas de la población en reclusión que necesite de atención médica.

c) La adquisición de insumos necesarios para la atención médica adecuada de la población en reclusión del Distrito Federal que requiere de los servicios de salud.

SEXTA. Los resultados de ese estudio deberán plasmarse en un Informe Especial sobre la Atención Médica proporcionada por la Secretaría de Salud del Distrito Federal.

SÉPTIMA. Tomando como base los avances obtenidos en el cumplimiento del tercer punto recomendatorio del instrumento 19/2008, se otorgue celeridad al desarrollo del sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes dentro de la red hospitalaria de la Secretaría de Salud del Distrito Federal.

OCTAVA. Para mejorar la atención médica proporcionada a las personas en reclusión de Distrito Federal, se termine de implementar el sistema que permita el uso del expediente clínico electrónico de atención médica, conforme a la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, por lo menos en la nueva Torre Médica de Tepepan.

NOVENA. La Secretaría de Salud del Distrito Federal deberá colaborar en la integración de los expedientes que versan sobre la responsabilidad médica profesional de las y los médicos que incurrieron en negligencia médica observados en los casos 1, 2, 3, 4, 6, 7 y 8, conforme a los hechos denunciados en este instrumento recomendatorio.

La presente Recomendación, de acuerdo con lo señalado en los artículos 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y 17, fracción IV, de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, tiene el carácter de pública.

Por lo anterior, con fundamento en los artículos 48 de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal y 142 de su Reglamento Interno, se le hace saber al Secretario de Salud del Distrito Federal, que dispone de un plazo de 15 días hábiles contados a partir del día siguiente al que se le notifique esta Recomendación, para responder si la acepta o no, en el entendido de que de no aceptarla, su respuesta se hará del conocimiento de la opinión pública. En caso de que acepte la misma, se le notifica que dispondrá de un plazo de 10 días, contados a partir del vencimiento del término del que disponía para responder sobre la aceptación, a fin de enviar las pruebas de su cumplimiento, las cuales deberán ser remitidas a la Dirección Ejecutiva de Seguimiento de esta Comisión, que con fundamento en los artículos 144 y 145 del Reglamento Interno de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, es el área responsable de calificar las Recomendaciones de acuerdo a su aceptación y cumplimiento.

Así lo determina y firma:

MTRO. EMILIO ÁLVAREZ ICAZA LONGORIA
PRESIDENTE DE LA COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS
DEL DISTRITO FEDERAL

C.c.p. Lic. Marcelo Ebrard Casaubón, Jefe de Gobierno del Distrito Federal.

Dr. Phillipe Lamy.- Representante en México de la Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud en México.