

Recomendación 1/2000

México D.F., 3 de enero de 2000

Caso de negligencia médica contra un interno del Reclusorio Preventivo Varonil Oriente, quien falleció a consecuencia de lesiones inadecuadamente atendidas por tres médicos del Reclusorio.

DR. ARMANDO CORDERA PASTOR,

SECRETARIO DE SALUD

DEL GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL.

Distinguido señor Secretario:

Esta Comisión ha concluido la investigación de los hechos materia de la queja CDHDF/121/98/IZTP/P3511.000.

I. Investigación y evidencias

1. El 28 de agosto de 1998 recibimos queja telefónica de un hermano del interno agraviado. Con fundamento en el artículo 60 del Reglamento Interno de este Organismo, mantenemos en reserva los nombres de uno y otro. El quejoso refirió que:

Su hermano, quien se encontraba interno en el área del *Centro de Observación y Clasificación* del Reclusorio Preventivo Varonil Oriente, fue cambiado a *dormitorios*, donde, el 24 de agosto último, unos reclusos lo lesionaron y lo amenazaron de muerte. El 25 de agosto, en compañía de una hermana de ambos, acudió a la Subdirección Jurídica del Reclusorio, donde los atendió el licenciado Ramón Hernández Sabas, a quien hicieron saber la situación de su hermano y le solicitaron que fuera regresado al *Centro de Observación y Clasificación*. El servidor público les dijo que *nada podía hacer*. El 26 de agosto su hermano fue privado de la vida. Solicita que se investigue la conducta del licenciado Hernández Sabas, quien no tomó las medidas adecuadas para proteger la vida de su hermano.

2. El 31 de agosto, el quejoso declaró en esta Comisión que:

El 25 de agosto, cuando en compañía de su hermana acudió al Reclusorio a visitar a su hermano, éste les comentó que ya lo habían enviado al médico, pero solamente le habían dado unas pastillas sin practicarle estudio médico alguno. El 26 de agosto, servidores públicos del Reclusorio fueron al domicilio del quejoso y le avisaron que su hermano había fallecido y que el cadáver se encontraba en la 20ª Agencia Investigadora, donde se inició la averiguación previa 20º/6154/98-08. Supo que su hermano falleció de un traumatismo craneoencefálico.

3. El 10 de septiembre de 1998 recibimos el oficio STDH/2205/98 del Secretario Técnico de Derechos Humanos de la Dirección General de Reclusorios, mediante el cual nos envió copia del informe del licenciado Arturo Hernández Ramírez, entonces Director del Reclusorio Preventivo Varonil Oriente, en el que éste señaló que:

El 25 de agosto de 1998, aproximadamente a las 7:30 horas, según el parte informativo de los custodios José Guadalupe Pacheco Maldonado y Mauro Muñoz Ortiz, éstos se percataron de que el interno presentaba problemas para expresarse y se quejaba de dolores en diferentes partes del cuerpo, por lo que lo llevaron al Servicio Médico. Lo atendió el doctor Rubén Madrid Carranza, quien certificó que el interno presentaba lesiones que tardan en sanar menos de quince días, con el diagnóstico de *poligolpeado*, y le prescribió analgésicos. Asimismo,

presentaron a la Jefatura de Vigilancia a todos los internos que compartían la estancia con el interno agredido. Al ser cuestionados, cuatro de ellos se dijeron *culpables*: Víctor Romero Hernández, Jesús Bautista Saldaña, Miguel de Jesús García Hernández y Marcos Cuecuechea Domínguez, quienes fueron depositados en el área de conductas especiales.

El mismo 25 de agosto, aproximadamente a las 19:00 horas, según reporte de Seguridad y Custodia, el interno agredido, acompañado del recluso Edgar Salinas Rodríguez, se presentó a solicitar que se le pasara al Servicio Médico, donde fue examinado por la doctora Susana Bravo G., quien le diagnosticó *crisis convulsivas postraumatismo* y le prescribió *Epamin*, 250 mg., y lo citó para el día siguiente a las 16:00 horas. La médica solicitó *RX de Tórax Ap y L* — radiografías de tórax anteroposterior y lateral—. El interno se retiró a su dormitorio a las 19:45 horas, y al pasarle lista nocturna, a las 20:10 horas, contestó *presente*.

El día siguiente, 26 de agosto, según parte de Vigilancia, se reportó que el interno había fallecido, por lo que se procedió a dar aviso al Ministerio Público.

Los hechos narrados en la queja por un hermano del interno no son ciertos, ya que él (el quejoso) y su hermana no fueron atendidos por el Subdirector Jurídico del Reclusorio sino que el Subdirector Técnico, Luis Ramón Hernández Sabas, fue quien atendió a la hermana del quejoso. Es también falso que el servidor público le hubiera manifestado que *no podía hacer nada*, ya que, por el contrario, según el informe de ese funcionario, acudió inmediatamente en compañía de la hermana del quejoso y del interno a la oficina de Seguridad y Custodia, donde encontró a los Jefes de Apoyo Hilario Alvarez Leyva y Alberto Hernández Osnaya, a quienes preguntó si *sabían de lo sucedido*. Estos informaron al funcionario y al familiar del interno que ya se habían tomado las medidas del caso canalizando al interno al Servicio Médico, donde, después de revisarlo, se había determinado que sus lesiones no ponían en peligro la vida y tardaban en sanar menos de quince días, y lo regresaron a su dormitorio; que *se había aislado en conductas especiales a los internos responsables*, y que se cambiaría de estancia al interno para que no subiera escaleras y estuviera con mayores cuidados. Consecuentemente quedaba a salvo la integridad física del interno, quien sería llevado al Servicio Médico de la institución las veces que fuera necesario.

También es falso que el interno haya sido privado de la vida el 26 de agosto de 1998, *ya que se infiere de los acontecimientos*, y se podrá corroborar con el resultado de la necropsia, que el fallecimiento del interno se debió a las lesiones que le fueron ocasionadas por los internos que se dijeron *culpables*, las que le fueron infligidas durante la noche del 24 de agosto de 1998. No existe reporte alguno de que haya sufrido una nueva agresión el 26 de agosto, cuando ya se encontraban depositados los internos agresores en el Área de Conductas Especiales, lo que hacía imposible que dichos internos lo agredieran nuevamente. Además, el interno agredido fue reubicado en la zona 1, estancia 11, con otros internos a quienes consta que ya no fue agredido.

4. A su informe, el Director del Reclusorio Preventivo Varonil Oriente adjuntó:

a) Copia del parte informativo de 25 de agosto de 1998 suscrito por los custodios José Guadalupe Pacheco Maldonado y Mauro Muñoz Ortiz, por el que informaron al Subdirector Jurídico del Reclusorio Preventivo Varonil Oriente que:

Aproximadamente a las 7:30 horas de ese día, el custodio Raúl Alfaro Calderón les informó que el interno agredido presentaba problemas para expresarse y se dolía de diferentes partes del cuerpo, por lo que todos los internos de la estancia 3-4-9 fueron conducidos a la Jefatura de Vigilancia, donde al *cuestionarlos* se dijeron *culpables* los internos Víctor Romero Hernández, Jesús Bautista Saldaña, Miguel de Jesús García Hernández y Marcos Cuecuechea Domínguez. Posteriormente todos los internos, incluyendo los *no culpables* y el lesionado, fueron llevados al Servicio Médico y, después, los cuatro *culpables* al dormitorio *anexo ocho de conductas especiales*;

b) Copia del certificado de estado físico de 25 de agosto de 1998, suscrito por el doctor Rubén Madrid Carranza, en el que certificó que, a las 7:20 horas de ese día, el interno agredido presentaba:

Contusiones con edematización y equimosis en ambas regiones malaras y genianas; contusiones con hematomas en el cráneo, en ambas regiones parietales; equimosis en la región interescapular; en ambos glúteos equimosis que abarcaban toda la región; en ambos muslos edema y equimosis secundarias a contusiones. Lesiones recientes, clasificadas como de las que no ponen en peligro la vida y tardan en sanar menos de quince días;

c) Copia de una hoja de notas médicas que suscribió el mismo doctor Rubén Madrid Carranza, en las que hizo constar que:

El 25 de agosto de 1998, a las 7:30 horas, el paciente, de sexo masculino, de 45 años de edad, es traído por sus compañeros de dormitorio. Refirió haberse caído. Al pedirle que dijera la verdad de lo que le había pasado mostró temor, pero finalmente dijo que había sido golpeado por compañeros del dormitorio, dijo sentir dolor en todo el cuerpo. En la exploración física se encontraron *hematomas en el cráneo, regiones parietales, cara asimétrica con edema, y equimosis en regiones malaras y geniana; reflejos pupilares presentes y normales; oídos, nariz y orofaringe sin patología aparente; en el cuello presenta equimosis en cara posterior; no se palpan adenomegalias ni tiroides; tórax simétrico, con movimientos respiratorios presentes y normales; en la cara posterior presenta equimosis en la región interescapular; los campos pulmonares con buen murmullo vesicular, sin exudados agregados; RSCS —ruidos cardiacos— de buena intensidad, rítmicos, sin fenómenos estetoaudibles presentes; abdomen globoso por tejido adiposo, no se palpan visceromegalias, peristalsis presente y normal; extremidades torácicas sin patología aparente; glúteos con equimosis, abarcando toda la región; extremidades podálicas con presencia de edema por contusión y equimosis en el tercio distal; genitales aparentemente sin patología.* I.D. —impresión diagnóstica—: *Poligolpeado.* (Naproxen 250 mg. y Metamizol). *Cita abierta;*

d) Copia de una hoja de notas médicas que suscribió la médica psiquiatra Susana Leonor Bravo Goyes, en las que asentó:

El 25 de agosto —no se indica la hora— es traído el interno por unos compañeros. Manifestó que veinte minutos antes había presentado una crisis convulsiva generalizada, secundaria a los golpes que le propinaron otros internos. Dijo tener 45 años y ser albañil, que consumía alcohol desde hace varios años y, en estado de embriaguez, abusó de sus 2 hijas, la que tenía 20 años fue violada en 4 ocasiones. Es bastante difícil continuar con el interrogatorio directo debido a que se quejaba de dificultad para respirar, *viene politraumatizado; con conciencia clara, orientado en las 3 esferas, su discurso es coherente y congruente, sin elementos de tipo psicótico; afecto hipotímico y humor ansioso.* I. DX —impresión diagnóstica—: *Crisis convulsivas postraumatismo.* Indicaciones *Epamín 250 mg.* Se cita para el día de mañana, a las 16:00 horas. *RX (placas de rayos X) de tórax AP (anteroposterior) y L (lateral);*

e) Copia de otra hoja de notas médicas que suscribió el doctor Rubén Madrid Carranza, en las que hizo constar que:

El 26 de agosto, a las 7:40 horas, en la Unidad Médica se presentó personal de seguridad y custodia solicitando la presencia del médico en el dormitorio 3, ya que un interno no respondía al llamado. Al acudir al mencionado dormitorio 3, zona 4, estancia 9, se encontró el cuerpo del interno recostado en el suelo sobre una colchoneta, en decúbito lateral izquierdo. Se procedió a realizar la revisión del paciente *encontrando signos de muerte, como es midriasis pupilar sin respuesta a estímulos luminosos, sin movimientos respiratorios y latidos cardiacos, la temperatura del cuerpo discretamente superior a la del medio ambiente; presencia de equimosis en la cara, con huella de sangrado por nariz, fosa derecha. Por lo anterior hace constar que a las 7:40 horas del 26 de agosto de 1998 se encuentra muerto;*

f) Copia del oficio 2161/98 de 26 de agosto de 1998 del licenciado Luis Ramón Hernández Sabas,

Subdirector Técnico del Reclusorio Preventivo Varonil Oriente, dirigido al Director de ese establecimiento de reclusión informándole que:

El interno agredido del dormitorio 3- 4- 9 falleció ese día — 26 de agosto—. El día anterior, como a las 13:00 horas se había presentado una hermana del interno preguntando por el director de la institución, a lo que el suscrito le informó que no se encontraba en ese momento..., pero que él la podía atender y que le explicara su problema..., la hermana del interno le comentó que acababa de estar con éste, quién le contó que había sido golpeado por otros internos, que lo veía lastimado y que estaba preocupada porque lo habían amenazado.

En seguida pidió a la señora que lo acompañara a la Jefatura de Vigilancia para reportar ese incidente; ahí se encontró a los señores Hilario Alvarez Leyva y Alberto Osnaya Hernández, Jefes de Apoyo de Seguridad y Custodia. En presencia de la señora les comentó lo sucedido. Hilario le contestó que ya había atendido el problema, que había segregado a cuatro personas responsables de haber golpeado al interno y que éste había sido canalizado al Servicio Médico, donde había sido atendido y se había determinado que las lesiones que había sufrido no ponían en peligro la vida, por lo que el interno ya se encontraba en su dormitorio, sin que hubiese habido necesidad de mandarlo a *Tepepan* para que fuera valorado.

Por tal motivo le dijo a la señora que no se preocupara por la seguridad de su familiar, ya que a pesar de que había sido amenazado, los internos que lo habían agredido se encontraban segregados..., que si su hermano se sentía mal sería llevado nuevamente al Servicio Médico. La señora se retiró y el suscrito pidió al señor Hilario que le enviara una copia del parte de lo sucedido y del certificado médico, indicándole que estuviera pendiente de cualquier molestia que presentara el interno para que fuera nuevamente llevado al Servicio Médico en caso de ser necesario, y

g) Copia del parte informativo de 5 de septiembre de 1998, por el que el Jefe de los Servicios de Apoyo, comandante Alberto Hernández Osnaya, informó al Jefe de la Unidad Departamental de Seguridad y Custodia del Reclusorio Preventivo Varonil Oriente que:

El día 25 de agosto, aproximadamente a las 13:15 horas, el licenciado Ramón Hernández Sabas, Subdirector Técnico de esa institución, presentó en esa Jefatura de Servicios de Apoyo a una mujer, quien dijo ser familiar del interno agredido y estar inquieta por el estado de salud de éste... ya que presentaba golpes, de los que se dijeron responsables los internos Víctor Romero Hernández, Jesús Bautista Saldaña, Miguel de Jesús García Hernández y Marcos Cuecuechea Domínguez, quienes ocupaban junto con el interno agredido la estancia 9 de la zona 4. El comandante Hilario Alvarez Leyva, también Jefe de los Servicios de Apoyo, con base en el certificado de estado físico elaborado ese mismo día a las 7:20 horas por el doctor Rubén Madrid Carranza, le manifestó que las lesiones que presentaba su familiar no ponían en peligro su vida y que sería atendido médicamente, tal como lo hizo el mismo día por la tarde la doctora Susana Bravo G. del Servicio Médico. También se hizo de su conocimiento que los internos agresores se encontraban en el área de conductas especiales, por lo que no había riesgo de una agresión posterior, además de haber sido reubicado el interno lesionado en la zona 1, estancia 11, para evitar que subiera escaleras y para que no tuviera molestias.

5. Mediante oficios 19707 de 18 de septiembre de 1998, solicitamos al Director General de Servicios de Salud que girara instrucciones para que comparecieran en este Organismo los médicos Rubén Madrid Carranza y Susana Leonor Bravo Goyes, adscritos a la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Oriente.

6. El 21 de septiembre de 1998 compareció en las oficinas de este Organismo el médico cirujano Rubén Madrid Carranza, quien declaró que:

Reconoce haber suscrito el certificado médico de 25 agosto de 1998, así como la nota médica de ese mismo día y la del 26 de agosto; durante la revisión médica encontró al interno agredido tranquilo, conciente y con buena orientación. Neurológicamente no presentaba alteración; no obstante que certificó que presentaba hematomas en las regiones parietales, no solicitó placa de rayos X porque clínicamente no existía evidencia de lesión del cerebro, no había alteración

neurológica; egresó al ahora occiso de la Unidad Médica con la indicación de que en caso de notar cualquier alteración acudiera inmediatamente a ese servicio médico.

7. El 22 de septiembre de 1998 compareció en las oficinas de este Organismo la médica psiquiatra Susana Leonor Bravo Goyes, quien declaró que:

Reconoce haber suscrito la nota médica de *25 septiembre último* —la nota médica es de 25 de agosto de 1998—. El 25 de agosto último, aproximadamente a las 18:45 horas, el interno agredido llegó a su consultorio acompañado de otros tres internos; uno de éstos refirió que aquél se había convulsionado; al iniciar el interrogatorio al interno, la doctora Irma Reyes, quien es médica general de ese servicio, la llamó a su consultorio y le dijo que el interno ya había sido valorado en la mañana por el doctor Madrid y que no tenía nada, que lo que pretendía era quedarse en el servicio médico para evitar que lo volvieran a golpear, por lo que únicamente le solicitaba la valoración psiquiátrica, ya que aquél se había convulsionado.

Continuó con la valoración del interno, a quien notó conciente, orientado en las tres esferas, su discurso era coherente y congruente, emitido en tono de voz y volumen normales, fluido, siguiendo la directriz del pensamiento (con buen ordenamiento de ideas), sin alteraciones en la sensopercepción (alucinaciones), sin ideas delirantes; mostraba: afecto hipotímico (arrepentimiento por la conducta realizada), humor ansioso y conducta motora normocinética; estaba tranquilo y cooperador y mantenía la atención; no presentaba trastornos de la memoria; durante la entrevista psiquiátrica no se detectaron alteraciones de tipo psicótico ni alteraciones a nivel cognitivo, tampoco se pudieron evidenciar alteraciones neurológicas; al referir el interno dificultad respiratoria, procedió a examinarlo físicamente a nivel torácico, sin que hubiera datos clínicos evidentes de una insuficiencia cardiorespiratoria; al explorarlo se percató de que no había tiraje intercostal, característico de una insuficiencia respiratoria aguda; además no encontró cianosis labial ni a nivel de dedos, ni disnea de esfuerzo; palpó a nivel de rebordes costales para descartar una posible fractura, sin encontrar datos; solicitó radiografías anteroposterior y lateral de tórax para descartar alguna otra patología a dicho nivel; dio orden al interno de acudir al área de rayos X, y él se fue caminando por su propio pie. Le recomendó que en cuanto le tomaran las radiografías regresara para, en su caso, canalizarlo a la médica general; previamente ya le había dado una receta para que se le aplicara una ampollita de *Epamín* de 250 mg., intramuscular, dosis única, con el objeto de prevenir más crisis convulsivas.

Posteriormente el técnico de rayos X le informó que no había sido posible tomar las placas radiográficas en virtud de que había un cambio en el voltaje, y que ya había recomendado al interno que regresara al día siguiente para intentar tomarle nuevamente las radiografías; ella le preguntó por el interno, y el técnico le informó que ya se había retirado; le preguntó también sobre la disposición del interno al practicarle el estudio, y el técnico refirió que el interno estuvo tranquilo y sin problemas.

En virtud de que al interrogatorio el interno no le refirió cefalea, mareos o visión borrosa, ni se detectaron trastornos neurológicos evidentes, como alteraciones en el habla, en la marcha, etc.; de que la conciencia conservaba la claridad, y de que el interno tampoco mencionó sangrado por nariz u oídos, lo cual es indicio de una lesión o fractura a nivel craneal, no solicitó algún otro estudio específico, como radiografía de cráneo.

Hasta el momento en que ella lo examinó, el interno no presentaba alteraciones neurológicas ni mentales que dieran indicios de estar en peligro su vida. No necesariamente la dificultad respiratoria en un paciente es indicativa de gravedad. En el caso del interno más bien se trataba del estado de ansiedad en el que se encontraba.

Por error omitió escribir en su nota médica todos los datos clínicos físicos encontrados al paciente, y únicamente se limitó a señalar los aspectos importantes de su área psiquiátrica.

Los internos que acompañaban al recluso agredido y éste mismo le solicitaron en varias ocasiones, durante la entrevista, que el lesionado se quedara internado en la Unidad Médica, ya que temían que fuera golpeado nuevamente por otros internos. Ella les sugirió que hablaran

con el director del reclusorio o con el personal de seguridad y custodia, ya que el área médica no es propia para brindar seguridad, y que la causa por la que el interno podría quedarse en la Unidad Médica sería algún problema físico cardiopulmonar. Por eso procedió a la examinación y a solicitar la toma de rayos X, pero en ese momento, así como lo veía físicamente, el recluso agredido no quería quedarse internado.

8. Mediante oficios 20898 de 29 de septiembre de 1998, solicitamos al Director General de Servicios de Salud que compareciera en este Organismo la médica Irma Reyes García, adscrita a la Unidad Médica del Reclusorio Preventivo Varonil Oriente.

9. El 1 de octubre de 1998 compareció en las oficinas de este Organismo la médica general Irma Reyes García, quien declaró que:

Recibió al interno agredido cuando ingresó al Área de Urgencias. Le preguntó que cómo se sentía, a lo que el interno contestó que bien y que solamente había acudido al servicio médico porque se había convulsionado. Lo encontró conciente, coherente, sin datos posictales (datos de que había sufrido una crisis convulsiva). **No lo valoró médicamente** porque no encontró datos clínicos que hicieran pensar que tenía una urgencia. Al encontrar al interno neurológicamente estable decidió canalizarlo a la médica psiquiatra Susana Bravo, ya que es ella quien se encarga de llevar el tratamiento y seguimiento de pacientes con crisis convulsivas. El interno llegó caminando. Le preguntó que qué le había ocurrido y **él le refirió que se había convulsionado**; le preguntó si padecía de crisis convulsivas y el interno contestó que no. No recuerda bien si fueron los internos —no precisa quiénes— quienes le refirieron que el interno agredido se había convulsionado, o si fue éste quien se le dijo. **Le preguntó respecto de las lesiones que presentaba** y el interno le contestó que el doctor Madrid ya lo había revisado.

10. El 8 de octubre de 1998 compareció en las oficinas de este Organismo el quejoso —hermano del interno agredido—, quien manifestó que:

El día —25 de agosto de 1998— que visitó a su hermano, aproximadamente a las 12:00 horas, aquél se encontraba visiblemente mal, tenía la vista perdida. Su hermano le comentó que no escuchaba, tenía dificultad para hablar y no podía caminar. Le temblaba todo el cuerpo y no podía respirar, por lo que casi todo el tiempo estaba encorvado. Al tratar de enderezarse respiraba fuertemente, como con una especie de suspiro. Su hermano también le comentó que le dolía mucho el cerebro y en general todo el cuerpo. Cuando trató de ir al baño se desvaneció, es decir, no podía sostenerse en pie. También se quejó de dolor fuerte en el estómago y no comió.

11. El 12 de octubre de 1998, personal de esta Comisión entrevistó a un interno (cuyo nombre, con fundamento en el artículo 60 del Reglamento Interno de este Organismo, se mantiene en reserva), quien declaró lo siguiente:

El martes 25 de agosto de 1998, al comenzar sus labores de limpieza, se percató de que había un interno sentado en las escaleras del dormitorio, quien tenía la mirada perdida. Le preguntó que cómo se sentía y él le respondió que muy mal. Lo llevó a la unidad médica y ahí lo dejó. Por la tarde volvió a verlo y, como físicamente estaba muy mal, en compañía de otro interno lo llevó al servicio médico, donde lo examinó la doctora Bravo. Esta le preguntó que cómo se sentía y el paciente no contestó nada, sólo se tocaba el abdomen. La doctora le tocó las costillas y el enfermo dijo que no podía respirar. La doctora le dijo que le mandaría tomar unas radiografías y comenzó a preguntarle sobre el delito que había cometido —violación—; le preguntó que por qué no había pagado a una mujer, y el interno contestó que porque no le alcanzaba el dinero. La doctora dijo: *qué poca...*, le dio unas pastillas y lo mandó a que le tomaran las radiografías, pero éstas no pudieron tomarse porque no había luz. Volvieron con la doctora, a quien preguntaron si el enfermo se podía quedar internado, pero la doctora contestó que no podía quedarse porque no contaba con el material necesario para atenderlo y no podía hacerse responsable de él.

12. Personal de esta Comisión obtuvo copia del expediente de la averiguación previa 20ª/6154/98-08, del que destaca lo siguiente:

a) La inspección ocular practicada por el personal del segundo turno de la Vigésima Agencia Investigadora a las 10:00 horas del 26 de agosto de 1998, en el Reclusorio Preventivo Varonil Oriente, donde, en el dormitorio 3, zona 1, estancia 11, dio fe de que se encontraba el cadáver de un individuo del sexo masculino;

b) El acta médica suscrita el 26 de agosto de 1998 por el doctor Sergio Hernández Ruiz, médico cirujano adscrito al Servicio Médico de la 20ª Agencia Investigadora, en la que certificó que a las 13:50 horas de ese día reconoció el cadáver, el cual presentó: *Escoriaciones y edema en ambas regiones genianas —mejillas—; escoriaciones en ambos codos, en el flanco derecho del epigastrio —región estomacal— y en ambas rodillas; equimosis en el muslo derecho, en ambos glúteos y en la región lumbar; escoriaciones en el tercio medio de la pierna izquierda, y equimosis en el hombro derecho;*

c) El dictamen de criminalística suscrito por los peritos Marco A. Herrera Santana y J. Ramón Reséndiz Durruty el 26 de agosto de 1998, en el que se señaló el dormitorio 3, zona 1, estancia 11 del Reclusorio Preventivo Varonil Oriente como el lugar donde se tuvo a la vista el cuerpo ya sin vida de un sujeto del sexo masculino;

d) El certificado de la necropsia del cadáver, suscrito por los peritos médicos forenses, doctores Ariel Delgado Pérez y Macario Susano Pompeyo, quienes señalaron:

d1) ...ENCONTRAMOS EN LA (cavidad) CRANEANA: Infiltración hemática pericraneana en región temporal izquierda. El encéfalo... con focos de contusión en los lóbulos parietal izquierdo y temporal derecho, con **hemorragia subdural, subaracnoidea, congestionado y edematoso...;**

d2) ...EN EL CUELLO: La laringe contundida...;

d3) ...EN LA (cavidad) ABDOMINAL: ...el estómago con líquido verdoso...; y

d4) ...(el interno) FALLECIO DE LAS ALTERACIONES VISCERALES Y TISULARES MENCIONADAS, CAUSADAS EN LOS ORGANOS INTERESADOS POR EL TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO, CARA ANTERIOR DE CUELLO Y ABDOMINAL, YA DESCRITOS, QUE JUNTOS O SEPARADOS CLASIFICAMOS DE MORTAL (sic)...;

e) La mecánica de lesiones de 19 de abril de 1999, en que la perita médica Marcela Mosco R. concluyó que:

...falleció de las alteraciones viscerales y tisulares mencionadas, causadas en los órganos interesados por el traumatismo craneoencefálico, en la cara anterior del cuello y del abdomen; el traumatismo craneoencefálico fue realizado muy probablemente por contusiones directas con las manos o los pies (puñetazos y patadas) por parte del agresor en riña, son lesiones consideradas mortales; la lesión en el cuello corresponde a las producidas por sometimiento y compresión directa alrededor del cuello con el brazo del agresor; el traumatismo abdominal fue producido por golpes directos en las manos y los pies, lesionando los órganos mencionados, son lesiones consideradas como mortales; y las lesiones equimóticas en la cara, muslos y glúteos, fueron producidas por un objeto contundente y duro, y de bordes romos (incluyendo los puños y los pies);

f) El acuerdo de 27 de abril de 1999, en el que la agente del Ministerio Público de la Mesa 10 Especializada en Homicidios de la 44ª Agencia Investigadora propuso el ejercicio de la acción penal contra Víctor Romero Hernández, Jesús Bautista Saldaña y Marcos Cuezuechea Domínguez como probables responsables del delito de homicidio;

g) El acuerdo de 19 de mayo de 1999, mediante el que el agente del Ministerio Público consignador de la Delegación *Iztapalapa* objetó la propuesta del ejercicio de la acción penal, e

h) El acuerdo de 21 de junio de 1999, con el que la agente del Ministerio Público de la Mesa 10 Especial de Homicidios de la 44ª Agencia Investigadora radicó la indagatoria y señaló que continuaría con su integración.

13. Un médico legista de esta Comisión formuló dictamen respecto de la actuación profesional de los médicos del Reclusorio Preventivo Varonil Oriente Rubén Madrid Carranza, Irma Reyes García y Leonor Bravo Goyes, en relación con el interno fallecido a causa de las lesiones que le infligieron en una golpiza otros cuatro reclusos.

14. El 29 de septiembre último, la agente del Ministerio Público, en la averiguación previa 20ª/6154/98-08, propuso el ejercicio de la acción penal contra los internos Víctor Romero Hernández, Jesús Bautista Saldaña, Miguel de Jesús García Hernández y Marcos Cuecuechea Domínguez, por el delito de homicidio calificado. El 8 de octubre se ejerció la acción penal correspondiente, y el 5 de noviembre, el Juez ordenó la aprehensión de los inculpados.

II. Situación jurídica

El Juez 34º Penal del Distrito Federal ordenó la aprehensión de los cuatro inculpados, quienes se encuentran internos en el Reclusorio Preventivo Varonil Oriente.

III. Observaciones

1. Durante la noche del 24 de agosto de 1998, o la madrugada del 25, un interno del Reclusorio Preventivo Varonil Oriente recibió, de otros cuatro reclusos, una terrible golpiza. Esta le produjo lesiones que, aproximadamente veinticuatro horas después — durante la madrugada del 26 de agosto—, lo privaron de la vida.

A lo largo del 25 de agosto, el interno pasó ante tres distintos médicos del Reclusorio, quienes se enteraron de que había sido golpeado por otros reclusos. Presentaba lesiones contusas evidentes, apreciables a simple vista, en distintas partes del cuerpo y principalmente en la cabeza. Las médicas que lo vieron en segundo y en tercer lugar sabían, además, que el interno había tenido crisis convulsivas posteriores a la golpiza.

Las lesiones que presentaba el interno en el cráneo, el cuello y el abdomen fueron después clasificadas como mortales por los médicos que practicaron la necropsia.

2. El médico Rubén Madrid Carranza recibió al interno agredido a las 7:20 horas del 25 de agosto de 1998 y certificó sus lesiones (evidencia 4b), entre las que se encontraban varias en el cráneo:

Contusiones con edematización (hinchazón) y equimosis (moretones) en ambas regiones malares (pómulos) y genianas (mentón); contusiones con hematomas (tumorações por acumulación de sangre: chipotes) en el cráneo, en ambas regiones parietales (zona ósea que se encuentra arriba de las orejas)...

El propio médico, diez minutos más tarde (evidencia 4c), certificó y prescribió lo siguiente:

...el paciente...dijo que había sido golpeado por compañeros del dormitorio, dijo sentir dolor en todo el cuerpo... En la exploración física se encontraron hematomas en el cráneo, regiones parietales, cara asimétrica con edema (deformada por la hinchazón)... I.D. — impresión diagnóstica—: Poligolpeado. (Naproxen —250 mg. y Metamizol). Cita abierta.

El doctor Rubén Madrid Carranza declaró en esta Comisión (evidencia 6) que: *...no obstante que certificó que (el interno agredido) presentaba hematomas en las regiones parietales, no solicitó placa de rayos X porque clínicamente no existía evidencia de lesión del cerebro, no había alteración neurológica...*

Pero la intensidad y la multiplicidad del traumatismo craneano eran muy evidentes, según hizo constar el propio doctor Madrid Carranza, ya que causaron: deformación de la cara por hinchazón (*cara asimétrica con edema*) (evidencia 4c); moretones en los pómulos y el mentón (*equimosis en ambas regiones malares y genianas*) y chipotes en ambos lados de la cabeza (*contusiones con hematomas en el cráneo, en ambas regiones parietales*) (evidencia 4b).

El interno no sólo presentaba las lesiones causadas por la golpiza, predominantes en la cabeza, sino que, además, tenía signos de otras alteraciones, también resultado de la golpiza, que fueron captadas por personas que no son profesionales de la medicina y que no podían pasar inadvertidas al doctor Rubén Madrid Carranza (evidencias 4a, 10 y 11). Sin embargo, se limitó a proporcionar al paciente dos analgésicos.

3. Irma Reyes García fue la segunda médica del Reclusorio que vio al interno agredido. Ni siquiera tomó nota o registro de haberlo recibido. Nos enteramos de que el interno estuvo frente a ella porque así lo declaró en este Organismo (evidencia 7) la médica psiquiatra Susana Leonor Bravo Goyes, la tercera médica del Reclusorio a la que acudió el interno horas antes de morir, en su último intento fallido de recibir atención médica eficaz.

La doctora Reyes García admite (evidencia 9) que el interno estaba lesionado, que le manifestó que se había convulsionado, sin que padeciera de crisis convulsivas, y que, a pesar de todo ello, *no lo valoró médicamente...* Las solas lesiones que presentaba el interno, pero, sobre todo, el dato de que había tenido convulsiones sin ser epiléptico, la obligaban, cuando menos, a examinarlo detenidamente. No lo hizo y, sin embargo, concluyó, no se sabe cómo, sin haberlo examinado a conciencia, que ella no estaba ante *una urgencia* y que el paciente estaba *neurológicamente estable...* Hasta donde podía estarlo —habría que agregar— alguien a punto de morir a causa de una golpiza.

La galena se limitó a enviar al interno a la psiquiatra, pero llamó a ésta para decirle que el interno *no tenía nada* y que sólo pretendía *quedarse en el servicio médico para evitar que lo volvieran a golpear* (evidencia 7).

4. La psiquiatra Susana Leonor Bravo Goyes fue la última de los tres médicos que tuvo al paciente frente a sí. También omitió dar al paciente la atención mínima apropiada a su estado físico y antecedentes: un traumatismo grave de cráneo seguido de crisis convulsivas.

Se limitó a prescribirle un medicamento anticonvulsivo y a ordenar radiografías, pero solamente de tórax, que no pudieron ser tomadas por una falla técnica.

La psiquiatra declaró detalladamente en esta Comisión tratando de justificar su desempeño con el argumento principal de que el interno *no presentaba alteraciones neurológicas ni mentales que dieran indicios de estar en peligro su vida*. Aunque antes había dicho que la doctora Reyes le había solicitado únicamente *la valoración psiquiátrica*, dijo que lo examinó *físicamente a nivel torácico*. Enfrentada al hecho de que no registró los resultados del supuesto examen físico *a nivel torácico*, manifestó que: *Por error omitió escribir en su nota médica todos los datos físicos encontrados al paciente...* (evidencia 7).

La psiquiatra dejó sin atención al interno prácticamente moribundo. No lo examinó a fondo, como el estado del paciente y los antecedentes lo demandaban, y perdió la última oportunidad de hacer un intento por salvar la vida de aquél.

Es cierto que, dada su calidad de psiquiatra, su función principal era atender los aspectos relacionados con su especialidad, pero ello no la relevaba, como médica, de examinar y

atender eficazmente a un paciente, prácticamente rechazado por la médica que acababa de verlo, que se encontraba en condiciones graves y estaba a punto de morir.

5. Con base en las declaraciones y los documentos relacionados con la actuación de los tres médicos, y el dictamen del médico forense de esta Comisión, se llega a las conclusiones siguientes:

I. El doctor Rubén Madrid Carranza, a pesar de que diagnóstico al interno, además de otras lesiones, traumatismos múltiples de cráneo (evidencias 4b y c) — *contusiones con edematización y equimosis en ambas regiones malares y genianas; contusiones con hematomas en el cráneo, en ambas regiones parietales...* (evidencia 4b) y *...hematomas en el cráneo, regiones parietales, cara asimétrica con edema, y equimosis en regiones malares y geniana...* (evidencia 4c)—, no le proporcionó el tratamiento mínimo adecuado.

Se trataba de lesiones craneanas múltiples e intensas que, según el diagnóstico del propio doctor Madrid, incluso causaron: 1) Deformación de la cara por hinchazón: *cara asimétrica con edema*; 2) Moretones en los pómulos y el mentón: *equimosis en ambas regiones malares y genianas*, y 3) Chipotes en ambos lados de la cabeza: *contusiones con hematomas en el cráneo, en ambas regiones parietales*.

Además hay pruebas testimoniales —de un custodio (evidencia 4a), el quejoso (evidencia 10) y un interno (evidencia 11)— de que el interno agredido presentaba, la mañana del 25 de agosto de 1998, incapacidades psicomotoras evidentes:

1) *...a las 7:30 horas... problemas para expresarse* (evidencia 4a); 2) *...a las 12:00 horas...se encontraba visiblemente mal, tenía la vista perdida...no escuchaba, tenía dificultad para hablar y no podía caminar. Le temblaba todo el cuerpo y no podía respirar, por lo que casi todo el tiempo estaba encorvado. Al tratar de enderezarse respiraba fuertemente, como con una especie de suspiro... Cuando trató de ir al baño se desvaneció, es decir, no podía sostenerse en pie...* (evidencia 10), y 3) *... al comenzar —el testigo— sus labores de limpieza ...tenía la mirada perdida... Lo llevó a la unidad médica —a las 7:20 o 7:30 horas, según anotación del propio doctor Madrid—* (evidencias 11 y 4b y c).

Tales incapacidades psicomotoras, que fueron evidentes para tres personas que no eran médicos, eran claramente indicativas, con el antecedente de traumatismo de cráneo, de probable daño neurológico.

Ante ese panorama diagnóstico, el doctor Madrid debió llevar a cabo, cuando menos, las acciones siguientes:

1) Retener al interno en la unidad médica del Reclusorio para someterlo a observación cuidadosa y permanente;

2) Pedir estudios urgentes de rayos X de cráneo, tórax y abdomen, pero sobre todo de cráneo, para descartar o detectar en éste fracturas;

3) Ordenar electroencefalograma y tomografía o resonancia magnética de cráneo para descartar o detectar edema o laceraciones cerebrales, hematomas o hemorragias intracraneanas —según el dictamen de necropsia, en la cavidad craneana del cadáver se encontró, entre otras alteraciones, "*hemorragia subdural, aracnoidea*" (evidencia 12d1)—. La alteración, indicativa de traumatismo severo, se hubiese hecho evidente si el doctor Madrid hubiese ordenado tomografía o resonancia magnética craneales;

4) Administrar al paciente antiinflamatorios por vía parenteral (mediante inyección intramuscular o intravenosa) para conseguir efectos más rápidos que por la vía oral, y

5) Administrarle fármacos para el edema cerebral y controlar los líquidos y electrolitos corporales.

Nada de eso hizo el doctor Madrid. Se limitó a recetar al paciente, por vía oral, *Naproxen* —analgésico (para el dolor) y antiinflamatorio— y *Metamizol* —analgésico y antitérmico (para la fiebre)—. Obviamente, ante lesiones tan graves como las que tenía el paciente, tales medicamentos fueron ineficaces.

El libro *Diagnóstico clínico y tratamiento*, en el capítulo de "Enfermedades traumáticas del sistema nervioso central", '**Lesiones del cráneo**', página 594, prescribe:

1. Estado de la conciencia: *...un paciente que inicialmente se encuentra alerta y bien orientado puede posteriormente ponerse somnoliento, y entrar en un estado de estupor y de coma a causa de una hemorragia intracraneana progresiva* —según el dictamen de necropsia, en la cavidad craneana del cadáver se encontró, entre otras alteraciones, "hemorragia subdural, aracnoidea" (evidencia 12d1)—. *Durante las primeras 24-48 horas puede ser necesario despertar al paciente cada hora para valorizar el grado de orientación, de alerta y de respuesta general a los estímulos. Precaución: No enviar al paciente a que lo cuiden en su casa hasta que no esté seguro de que hay a mano alguna persona de responsabilidad para que lo despierte del "sueño" cada hora, y solicite ayuda en caso de que no lo logre completamente* —puesto que se trataba de un preso era obligado que el doctor Madrid llevara a cabo la vigilancia del estado de conciencia del paciente—.

En la página 597 del texto de medicina interna citado se señala lo siguiente:

Otras complicaciones de lesiones cefálicas: *1. El aumento de la presión intracraneana puede manifestarse por variaciones del estado de conciencia, dolor de cabeza, inquietud, pupilas desiguales, un ritmo respiratorio lentamente descendente, una frecuencia del pulso también descendente, una presión sanguínea lentamente ascendente, papiledema, hemiparecia y presión elevada del líquido cefalorraquídeo. Debe eliminarse —mediante tomografía o resonancia magnética de cráneo— la posibilidad de una hemorragia intracraneal (subdural, epidural o intraencefálica) —precisamente, el interno, según lo evidenció la necropsia (evidencia 12b), padecía, a consecuencia de la golpiza, entre otras lesiones y hemorragias craneales: hemorragia subdural—.*

II. La doctora Irma Reyes García, al tener frente a sí al interno, se enteró, como ella misma declaró ante esta Comisión, del antecedente traumático craneal del paciente. Pero para entonces ya se habían agregado las crisis convulsivas, de las que también se enteró, como asimismo lo admitió (evidencia 9). Su actuación fue, si cabe, aún más negligente que la del doctor Madrid. Ni siquiera examinó al interno (*no lo valoró médicamente*) porque: *...no encontró datos clínicos que hicieran pensar que tenía una urgencia...*, y lo encontró *neurologicamente estable*... No explicó la doctora Reyes en su declaración cómo pudo, sin examinar al interno, concluir que no había en él datos clínicos de urgencia y que estaba *neurologicamente estable*. Ni siquiera tomó registro de la visita del interno. Fue la psiquiatra del Reclusorio quien nos informó que el interno, antes de estar con ella, había estado con la doctora Reyes.

La doctora Reyes García debió haber llevado a cabo las acciones siguientes:

1) Examinar exhaustivamente al interno, dados los antecedentes traumático craneal y convulsivo, y

2) Las que se señalaron en el punto anterior de este dictamen como inmediatas, obligadas y omitidas por el doctor Madrid:

a) Retener al interno en la unidad médica del Reclusorio para someterlo a observación cuidadosa y permanente;

b) Pedir estudios urgentes de rayos X de cráneo, tórax y abdomen, pero sobre todo de cráneo, para descartar o detectar en éste fracturas;

c) Ordenar electroencefalograma y tomografía o resonancia magnética de cráneo para descartar o detectar edema o laceraciones cerebrales, hematomas o hemorragias intracraneanas —según el dictamen de necropsia, en la cavidad craneana del cadáver se encontró, entre otras alteraciones, "*hemorragia subdural, aracnoidea*" (evidencia 12d1). Esta alteración, indicativa de traumatismo severo, se hubiese hecho evidente si la doctora Reyes hubiese ordenado tomografía o resonancia magnética craneales—;

d) Administrar al paciente antiinflamatorios por vía parenteral (mediante inyección intramuscular o intravenosa), y

e) Administrarle fármacos para el edema cerebral y controlar los líquidos y electrolitos corporales.

En el libro de medicina interna arriba citado, en el mismo título 'Lesiones del Cráneo', página 594, se lee:

Valoración de urgencia.

Cualquier paciente que tenga una historia de lesión craneana seguido por un estado de inconciencia —en las crisis convulsivas como la que tuvo el interno agredido hay pérdida de la conciencia— y cualquier paciente en estado de inconciencia que haya sufrido una lesión de la cabeza, debe ser sujeto a una cuidadosa valoración neurológica. Debe dirigirse una particular atención hacia el descubrimiento de perturbaciones nerviosas focales o generalizadas. Tan pronto como sea posible deben tomarse radiografías del cráneo.

Los caracteres más importantes del examen son los siguientes:

1. Estado de la conciencia: *La profundidad y la duración de la inconciencia reflejan por lo general el grado del traumatismo. Sin embargo, un paciente que inicialmente se encuentra alerta y bien orientado puede posteriormente ponerse somnoliento, y entrar en un estado de estupor y de coma a causa de una hemorragia intracraneana progresiva. Durante las primeras 24-48 horas puede ser necesario despertar al paciente cada hora para valorizar el grado de orientación, de alerta y de respuesta general a los estímulos. **Precaución:** No enviar al paciente a que lo cuiden en su casa hasta que no esté seguro de que hay a mano alguna persona de responsabilidad para que lo despierte del "sueño" cada hora, y solicite ayuda en caso de que no lo logre completamente.*

2. Signos vitales: *Debe vigilarse temperatura, pulso, respiración y presión arterial a intervalos de media hora a 12 horas, según la extensión de la lesión.*

3. Parálisis: *En los pacientes inconcientes o en estado de estupor, puede ser puesta en evidencia solamente, mediante un examen cuidadoso. **La pérdida de la fuerza y del movimiento** —recuérdense las incapacidades psicomotoras del interno, antes mencionadas, apreciadas por tres testigos (evidencias 4a, 10 y 11)—, **aun cuando sea de mínimo grado puede indicar la presencia de hemorragia intracraneana** —según el dictamen de necropsia (evidencia 12d1), el cadáver del interno presentaba en el cráneo varias hemorragias: *Infiltración hemática pericraneana en región temporal izquierda. El encéfalo...con hemorragia subdural, subaracnoidea—.**

4. Signos oculares: *Entre los signos vitales deben observarse regularmente las pupilas. Una pupila fija y dilatada significa —el interno agredido, según declaró otro interno: ..."tenía la mirada perdida..." (evidencia 11)—, a menudo, la existencia de una hemorragia epidural o subdural —según la necropsia, el cráneo del cadáver presentaba "hemorragia subdural" (evidencia 12d1)— ipsilateral, o bien de daño encefálico ipsilateral. El examen oftalmoscópico puede revelar la existencia de un papiledema (debido a presión intracraneana) o de una hemorragia retiniana.*

5. Convulsiones: Poco después de producida la lesión cefálica pueden presentarse convulsiones —el interno agredido las presentó y de ello estuvieron enteradas tanto la doctora Irma Reyes García como, la psiquiatra, Susana Leonor Bravo Goyes (evidencias 3. 4d, 7 y 9)—; las focales (jacksonianas) sugieren la existencia de lesiones irritativas en el hemisferio cerebral contralateral. Las contusiones cerebrales y laceraciones, que con mucha frecuencia van asociadas a hemorragias epidurales, subdurales —ya dijimos que, según la necropsia, el cráneo del cadáver presentaba una hemorragia de esta última clase— o intracraneales, provocan convulsiones focales.

6. Rigidez de la nuca: No obstante que la rigidez de la nuca puede ser el resultado de hemorragias subaracnoideas que frecuentemente van asociadas a lesiones cefálicas, debe eliminarse la posibilidad de lesiones de la medula cervical mediante exploraciones clínicas y estudios radiológicos adecuados.

7. Hemorragia óticas: La otorragia sugiere una fractura de la base del cráneo a través de la pirámide del peñasco del temporal, pero puede ser también el resultado de una ruptura traumática de la membrana del tímpano o de laceraciones de las mucosas del oído, sin perforación del tímpano.

El mismo libro (p. 597), en relación con las crisis convulsivas postraumáticas, señala lo siguiente:

H. Epilepsia postraumática: ...Por lo general, cuanto más grave es la lesión, mayor es la posibilidad de la presencia de convulsiones —en sentido contrario, las convulsiones consecutivas a traumatismo craneal siempre indican lesión craneoencefálica grave—. Los estudios con el electroencefalograma son importantes para establecer el diagnóstico.

A. Medidas de urgencia: 1. Tratar el choque si se presenta; puede ser necesaria la administración de líquidos o de sangre por vía parenteral. 2. Es de vital importancia mantener una vía aérea adecuada junto con la ventilación pulmonar. El paciente debe ser colocado en pronación, con la cabeza de lado para facilitar la evacuación de las secreciones de la boca y para evitar que la lengua obstruya la faringe. Pueden ser necesarias la intubación endotraqueal o la traqueostomía, con el objeto de mantener las vías aéreas permeables. Dar oxígeno, si fuere necesario.

B. Medidas generales: 1. Durante las fases agudas iniciales, la intranquilidad del enfermo puede ser un factor perturbador. **Puede ser necesario establecer cuidados especiales de enfermería** y el uso de sedantes. Evitar la morfina debido a sus efectos depresores bulbares. La cateterización de una vejiga llena generalmente alivia la agitación del paciente. 2. Está indicado siempre el tratamiento con antibióticos si hay hemorragia activa o escurrimiento por la nariz o por los oídos. Administrar penicilina G procaína a dosis de 600,000 unidades dos veces al día o antibióticos de amplio espectro, hasta que el peligro de infección haya desaparecido. 3. **Es esencial la continua observación del enfermo.**

En el mismo capítulo del libro citado, en *Complicaciones y secuelas*, página 596, se expresa:

Las complicaciones de los traumatismos craneanos comprenden: lesiones vasculares (**hemorragias**, trombosis, formación de aneurismas), infecciones (meningitis, abscesos, osteomielitis), rinorrea y otorrea, neumatocele, quistes leptomenígeos, lesiones de los nervios craneales y lesiones focales del encéfalo. Las secuelas incluyen **convulsiones**, psicosis, perturbaciones mentales y el síndrome cerebral postraumático.

D. Hemorragia intracerebral: Puede ser un gran hematoma subcortical, pero **el dato más común son hemorragias intracerebrales pequeñas y múltiples, cercanas a la zona contundida**. El aspecto angiográfico es característico. La tomografía computada (TC) de la cabeza puede revelar la zona de hemorragia y de distorsión del tejido adyacente.

Como ya se dijo, la doctora Irma García Reyes, a pesar de los graves antecedentes, traumático craneal y convulsivo, del interno, no lo examinó minuciosamente ni le prescribió tratamiento alguno. Ni siquiera registró la visita. Incluso pudo ella omitir el examen, dado lo evidente de dichos antecedentes graves, y proporcionar inmediatamente un tratamiento de urgencia para ser llevado a cabo en la unidad médica del Reclusorio o, si no se contaba allí con los elementos suficientes para ello, en alguna unidad médica externa.

Pero la doctora Reyes todavía fue más allá. Se atrevió a llamar a la psiquiatra, cuando ésta se encontraba interrogando al interno, para decirle que: *...el interno ya había sido valorado en la mañana por el doctor Madrid... no tenía nada...lo que pretendía era quedarse en el servicio médico para evitar que lo volvieran a golpear...por lo que únicamente (la doctora Reyes) solicitaba la valoración psiquiátrica —no la valoración física completa—, ya que aquél se había convulsionado...* (evidencia 7).

III. La psiquiatra Susana Leonor Bravo Goyes enterada, a su vez, del traumatismo de cráneo y de la crisis convulsiva, tampoco aplicó el tratamiento adecuado a tales antecedentes. Se limitó a prescribir *Epamin*, un anticonvulsivo simple, y a ordenar radiografías, pero ni siquiera de cráneo, sino solamente de tórax, (evidencia 7), las cuales de todas maneras no pudieron tomarse por fallas técnicas del equipo.

En lugar de atender a lo que revelara el examen objetivo del interno lesionado, y a los antecedentes del caso manifestados por el propio interno y los otros tres reclusos que llevaron a éste a su consultorio, la psiquiatra, como lo declaró en esta Comisión (evidencia 7), soslayó la grave urgencia médica ante la que se encontraba y no atendió debidamente al interno, quien ya estaba a pocas horas de morir.

La psiquiatra examinó al interno, con los resultados siguientes:

...(estaba) conciente, orientado en las tres esferas, su discurso era coherente y congruente...sin alteraciones en la sensopercepción...conducta motora normocinética (movimientos corporales y marcha normales)...no se detectaron alteraciones de tipo psicótico ni alteraciones a nivel cognitivo, tampoco se pudieron evidenciar alteraciones neurológicas... al referir el interno dificultad respiratoria, procedió a examinarlo físicamente a nivel torácico, sin que hubiera datos clínicos evidentes de una insuficiencia cardiorrespiratoria... él se fue caminando por su propio pie...

En virtud de que al interrogatorio el interno no le refirió cefalea (dolor de cabeza), mareos o visión borrosa, ni se detectaron trastornos neurológicos evidentes, como alteraciones en el habla, en la marcha, etc.; de que la conciencia conservaba la claridad, y de que el interno tampoco mencionó sangrado por nariz u oídos, lo cual es indicio de una lesión o fractura a nivel craneal, no solicitó algún otro estudio específico, como radiografía de cráneo.

Hasta el momento en que ella lo examinó, el interno no presentaba alteraciones neurológicas ni mentales que dieran indicios de estar en peligro su vida. No necesariamente la dificultad respiratoria en un paciente es indicativa de gravedad. En el caso del interno más bien se trataba del estado de ansiedad en el que se encontraba.

Por error omitió escribir en su nota médica todos los datos clínicos físicos encontrados al paciente, y únicamente se limitó a señalar los aspectos importantes de su área psiquiátrica.

Los internos que acompañaban al recluso agredido y éste mismo le solicitaron en varias ocasiones, durante la entrevista, que (el lesionado) se quedara internado en la Unidad Médica, ya que temían que fuera golpeado nuevamente por otros internos. Ella les sugirió que hablaran con el director del reclusorio o con el personal de seguridad y custodia, ya que el área médica no es propia para brindar seguridad, y que la causa por la que el interno podría quedarse en la Unidad Médica sería algún problema físico cardiopulmonar. Por eso procedió a la examinación y a solicitar la toma de rayos X, pero en ese momento, así

como lo veía físicamente, el recluso agredido no requería quedarse internado (evidencia 7).

Todo lo que dijo la psiquiatra acerca de la supuesta normalidad del estado físico del interno no tiene sustento. El interno se sentía muy mal, estaba a pocas horas de morir por la golpiza recibida, y por eso, en un último intento por recibir atención médica eficaz, pidió a la psiquiatra, secundado por los otros internos que lo acompañaban, quedarse internado en la unidad médica.

Ya se dijo que hay evidencias concluyentes de que el interno no sólo presentaba las lesiones causadas por la golpiza, predominantes en la cabeza, sino que, además, tenía signos de otras alteraciones que fueron captadas por personas que no son profesionales de la medicina y que no podían pasar inadvertidas a los tres médicos:

1) El parte informativo de los custodios José Guadalupe Pacheco Maldonado y Mauro Muñoz Ortiz (evidencia 4a), en el que éstos asentaron que:

Aproximadamente a las 7:30 horas de ese día, el custodio Raúl Alfaro Calderón les informó que el interno agredido **presentaba problemas para expresarse** y se dolía de diferentes partes del cuerpo...;

2) La declaración del quejoso (evidencia 10), hermano del interno fallecido, formulada en este Organismo:

El día —25 de agosto de 1998— que visitó a su hermano, aproximadamente a las 12:00 horas, aquél **se encontraba visiblemente mal, tenía la vista perdida**. Su hermano le comentó que **no escuchaba, tenía dificultad para hablar y no podía caminar. Le temblaba todo el cuerpo y no podía respirar, por lo que casi todo el tiempo estaba encorvado. Al tratar de enderezarse respiraba fuertemente, como con una especie de suspiro**. Su hermano también le comentó que **le dolía mucho el cerebro y en general todo el cuerpo. Cuando trató de ir al baño se desvaneció, es decir, no podía sostenerse en pie. También se quejó de dolor fuerte en el estómago y no comió, y**

3) La declaración en este Organismo (evidencia 11) de un interno (cuyo nombre, con fundamento en el artículo 60 del Reglamento Interno de esta Comisión, se mantiene en reserva):

El martes 25 de agosto de 1998, al comenzar sus labores de limpieza, se percató de que había un interno sentado en las escaleras del dormitorio, quien **tenía la mirada perdida**. Le preguntó que cómo se sentía y **él le respondió que muy mal**. Lo llevó a la unidad médica y ahí lo dejó...

En la página 595 del libro invocado se señala:

*El edema encefálico ("encéfalo húmedo") puede ser consecutivo a la lesión de la cabeza. Clínicamente, hay considerables variaciones en cuanto a la gravedad de los datos. **No son raros signos de localización, tales como convulsiones, hemiplejía y afasia...***

*Las contusiones o heridas del encéfalo, en las zonas del traumatismo o directamente en la contralateral (lesión por contragolpe), pueden limitarse a la corteza superficial, **pero también puede presentarse hemorragias asociadas al encéfalo subyacente**. Frecuentemente las contusiones acontecen a lo largo de la base de la porción posterior de los lóbulos temporales adyacentes. A menudo la contusión del encéfalo no es clínicamente diferenciable de las conmociones o de las laceraciones del encéfalo.*

Como los dos médicos anteriores, la psiquiatra dejó sin atención apropiada al interno lesionado. Ante el evidente estado grave del paciente se limitó a administrarle un anticonvulsivo simple y a ordenar radiografías de tórax que no pudieron ser tomadas. La psiquiatra debió:

1) Examinar exhaustivamente al interno, dados los antecedentes traumático craneal y convulsivo, y

2) Las que se señalaron en el punto anterior de este dictamen como inmediatas, obligadas y omitidas por los otros dos médicos:

a) Retener al interno en la unidad médica del Reclusorio para someterlo a observación cuidadosa y permanente;

b) Pedir estudios urgentes de rayos X de cráneo, tórax y abdomen, pero sobre todo de cráneo, para descartar o detectar en éste fracturas;

c) Ordenar electroencefalograma y tomografía o resonancia magnética de cráneo para descartar o detectar edema o laceraciones cerebrales, hematomas o hemorragias intracraneanas —según el dictamen de necropsia, en la cavidad craneana del cadáver se encontró, entre otras alteraciones, "*hemorragia subdural, aracnoidea*" (evidencia 12d1)—. La alteración, indicativa de traumatismo severo, se hubiese hecho evidente si la doctora Bravo hubiese ordenado tomografía o resonancia magnética craneales;

d) Administrar al paciente antiinflamatorios por vía parenteral (mediante inyección intramuscular o intravenosa), y

e) Administrarle fármacos para el edema cerebral y controlar los líquidos y electrolitos corporales.

IV. La muerte del interno probablemente ocurrió en la noche, entre el 25 y el 26 de agosto de 1998. Las lesiones externas que presentó el cadáver, certificadas a las 13:50 horas del 26 de agosto por el doctor Sergio Hernández Ruiz (evidencia 12b), eran las mismas que presentaba el interno en la mañana del día 25 de agosto, apreciadas por el doctor Rubén Madrid Carranza, cuando aquél acudió por primera vez a la Unidad Médica a solicitar atención.

Es evidente que los tres médicos, sin motivo justificado, incumplieron su deber ético y profesional al haber omitido proporcionar al interno la atención eficaz que su evidente gravedad demandaba.

El libro de medicina interna varias veces citado, en el mismo capítulo, página 597, señala:

Evolución y pronóstico: *La evolución y el pronóstico dependen de la gravedad y del sitio de las lesiones craneanas. En conmociones simples la recuperación es habitualmente rápida. En las laceraciones (desgarros) del encéfalo, la mortalidad puede llegar a ser tan alta como 40 o 50% —es decir, la probabilidad de recuperación, con atención médica, es de 50 a 60%.*

No hay evidencia, en la necropsia, de que haya habido laceraciones (desgarros) de la masa encefálica. Las hay de que había: *focos de contusión en los lóbulos parietal izquierdo y temporal derecho, con hemorragia subdural, aracnoidea, congestionado y edematoso.* Es decir, más intensa que una contusión simple (con recuperación casi segura —100%—, si hay atención médica) y menos grave que una laceración (con probabilidad de recuperación, si hay atención médica, de 60 a 50%).

V. Con sus conductas, ya amplia y detalladamente descritas, los tres médicos incurrieron probablemente en alguno de los siguientes delitos:

1) Homicidio por omisión previsto en el artículo 302 en relación con el artículo 7 párrafo segundo del Código Penal.

Según el último artículo citado: *En los delitos de resultado material —como el homicidio— también será atribuible el resultado típico producido al que omite impedirlo, si éste tenía el*

deber jurídico de evitarlo. En estos casos se considerará que el resultado es consecuencia de una conducta omisiva, cuando se determine que **el que omite impedirlo tenía el deber de actuar para ello, derivado de una ley, de un contrato o de su propio actuar precedente.**

Es obvio que los tres médicos tenían el deber jurídico de evitar la muerte del interno. Es decir, tenían la calidad de garantes de la vida de éste. Y ello por dos razones principales:

a) Eran médicos en funciones del Reclusorio Preventivo Varonil Oriente, cuyos deberes jurídicos genéricos fundamentales son prevenir y curar los padecimientos patológicos de los internos. Dichos deberes derivan de dos fuentes principales: su profesión de médicos y su contrato de trabajo, y

b) Fue precisamente a ellos, por estar en funciones, a quienes se dirigió el interno para ser atendido.

Fueron ellos tres los que no impidieron, debiendo hacerlo, la muerte del interno agredido, o

2) Abandono de persona (omisión de auxilio a persona en peligro) tipificado en los artículos 335 y 339 del propio Código: (335) *Al que abandone...a una persona enferma, teniendo obligación de cuidarlo(s), se le aplicarán de un mes a cuatro años de prisión, si no resultare daño alguno...* (339) *Si del abandono...resultare...la muerte, se presumirá(n) ésta(s) como premeditada...*

Pero además, dejaron de *cumplir con la máxima diligencia el servicio que les fue encomendado*, que les impone el artículo 47 fracción I de la Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos.

Debe iniciarse contra ellos procedimiento administrativo de responsabilidad y denunciarse sus conductas ante el Ministerio Público para que se lleve a cabo la averiguación previa correspondiente.

Por lo expuesto, con fundamento en los artículos 102 apartado B de la Constitución; 1, 2, 3, 17 fracciones I, II inciso a y VI, 22 fracción IX y 24 fracciones I y IV de la Ley de este Organismo, y 95, 96, 99 y 100 de su Reglamento Interno, esta Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal se permite formular a usted la siguiente:

IV. Recomendación

Unica. Que se inicie procedimiento para investigar y determinar la responsabilidad administrativa de los médicos del Reclusorio Preventivo Varonil Oriente Rubén Madrid Carranza, Irma Reyes García y Susana Leonor Bravo Goyes, por haber omitido indebidamente brindar atención médica apropiada a un interno de dicho centro de reclusión, quien falleció a consecuencia de las lesiones, no atendidas adecuadamente por dichos médicos, resultantes de una golpiza que le dieron otros internos, y que se formule denuncia ante el Ministerio Público a fin de que se lleve a cabo la averiguación previa correspondiente.

Con fundamento en los artículos 48 de la Ley de esta Comisión, y 103, de su Reglamento Interno, le ruego que la respuesta sobre la aceptación de esta Recomendación nos sea remitida dentro de los 15 días hábiles siguientes a su notificación y que, en su caso, las pruebas de su cumplimiento sean enviadas dentro de los 10 días siguientes al vencimiento del plazo anterior.

EL PRESIDENTE

DR. LUIS DE LA BARREDA SOLORZANO