

Recomendación: 7/2003

EXP. CDHDF/122/02/IZTP/P5400.000

PETICIONARIO: SE OMITE SU NOMBRE POR RESERVA EXPRESA.

AGRAVIADOS: JOSÉ GUILLERMO JASSO MANZANARES.

AUTORIDAD RESPONSABLE: SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL

CASO: VIOLACIÓN AL DERECHO HUMANO A LA SALUD EN CONEXIDAD AL DERECHO A LA VIDA POR INCUMPLIMIENTO AL DEBER DE PREVENCIÓN POR PARTE DE SERVIDORES PÚBLICOS DEL HOSPITAL GENERAL DOCTOR RUBÉN LEÑERO Y HOSPITAL PEDIÁTRICO LEGARIA

**DRA. ASSA E. CHRISTINA LAURELL
SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL**

En la Ciudad de México, Distrito Federal, a 17 de octubre del año dos mil tres. Visto el estado que guarda el expediente de queja citado al rubro y toda vez que se ha concluido la investigación de los hechos motivo de la misma, la visitadora adjunta encargada del trámite de esta queja elaboró el proyecto de Recomendación que, previa validación por parte de la Directora de Área, de la Directora General y del Segundo Visitador General, fue aprobado por el suscrito maestro Emilio Álvarez Icaza Longoria, Presidente de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, en términos de lo establecido por los artículos 3, 17 fracciones I, II y IV, 24 fracción IV, 45, 46, 47 y 52 de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal 136, 137 y 138 de su Reglamento Interno.

La presente recomendación se dirige a la Secretaria de Salud del Distrito Federal, como titular de esa Institución y responsable de los servicios médicos que se proporcionan a los internos del Sistema Penitenciario del Gobierno del Distrito Federal, en términos de los artículos 67 del Estatuto de Gobierno del Distrito Federal, 12, 15 fracción VII y 29 de la Ley Orgánica de la Administración de la Pública del Distrito Federal y 5 fracción VIII de la Ley de Salud para el Distrito Federal.

En observancia a lo previsto por el artículo 139 del Reglamento Interno de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, se procedió a dar cumplimiento a los siguientes rubros:

1. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS VIOLATORIOS DE LOS DERECHOS HUMANOS.

1.1. El 5 de noviembre de 2002, se recibió en esta Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, la llamada telefónica de un interno en la Penitenciaría del Distrito Federal, en adelante el peticionario, quien refirió que:

*“El día de ayer por la noche, entraron cinco personas a su dormitorio a golpearlo al igual que a su compañero de celda de nombre **José Guillermo Jasso Manzanares** e incluso intentaron matarlos. Sus agresores, quienes portaban armas y cuchillos, además los amenazaron que iban a regresar y entonces sí los matarían. Él y su compañero hablaron con el Director de la Penitenciaría, pero no les dio ninguna solución”.*

1.2. El 8 de noviembre de 2002, la visitadora adjunta encargada del expediente de queja, se constituyó en las instalaciones de la Penitenciaría del Distrito Federal, a fin de entrevistar al peticionario y al interno José Guillermo Jasso Manzanares, quienes manifestaron que sí ratificaban la queja —telefónica— presentada en la Comisión y con relación a la respuesta que rindió la autoridad a la solicitud de medidas precautorias agregaron que:

“Los hechos no sucedieron del todo como lo menciona la autoridad, ya que sí fueron agredidos por unos reclusos, porque en su estancia se perdió un foco motivo por el cual comenzó una discusión con los internos que terminó en riña, quienes los agredieron con unas puntas. Por dichos hechos fueron valorados por el Consejo Técnico Interdisciplinario, asimismo, aclararon que no deseaban proceder contra sus agresores. En virtud de lo anterior su problema se encontraba resuelto. El señor José Guillermo Jasso Manzanares, agregó que lo que deseaba de la Comisión era que se investigara en qué estado se encontraba su solicitud de traslado que presentó desde hace dos meses al Director de la Penitenciaría y que no ha recibido respuesta”.

1.3. El 18 de noviembre de 2002, —según consta en el acta circunstanciada correspondiente— se recibió la llamada telefónica de la señora María Teresa Manzanares Córdova, madre del interno **José Guillermo Jasso Manzanares**, quien manifestó que:

“Es madre del señor José Guillermo Jasso Manzanares, quien estaba interno en la Penitenciaría del Distrito Federal, ya que actualmente se encuentra en el Hospital General Doctor Rubén Leñero, en el Servicio de Terapia intensiva —cama 5—, su estado de salud es grave. El domingo pasado le avisaron que su familiar al parecer había sido agredido en el centro penitenciario y por tal motivo lo llevaron de urgencia a dicho hospital.

En ese hospital no le han informado claramente el diagnóstico de su hijo, el médico que lo atiende le da evasivas y sólo le indicó que en cualquier momento puede fallecer. Lo que desea de esta Comisión es que se le apoye para que el personal médico del Hospital General Doctor Rubén Leñero le informe sobre el estado de salud de su descendiente”.

1.4. El 9 de enero de 2003, mediante el oficio número 00289, a fin de investigar en forma debida lo dicho por la madre del agraviado, esta Comisión solicitó la colaboración de la Secretaría de Salud del Distrito Federal para que enviara a este Organismo copia certificada del expediente clínico del señor **José Guillermo Jasso Manzanares** instruido o documentado por la atención médica que recibió éste en el Servicio Médico de la Penitenciaría del Distrito Federal, durante su estancia en ese lugar, así como la que le brindaron en el Hospital General Doctor Rubén Leñero.

1.5. El 3 de febrero de 2003, en atención a la petición hecha por esta Comisión, se recibió en la Oficialía de Partes de este Organismo copia simple del expediente número 106474,

del paciente José Guillermo Jasso Manzanares, donde obra una nota de alta por defunción, suscrita por el doctor Alejandro Villatoro Martínez, en la cual se señaló textualmente lo siguiente:

... “Ingresa a terapia donde permanece 12 días es egresado a piso Nqx donde, se envía a tAC cráneo para determinar (sic) edo a nta (sic) ... se lleva a (sic) al hospital e (sic) legaría donde el paciente es rechazado por que (sic) no hubo técnico (sic) para realizar la TAC y donde asistente (sic) de la dirección no esea (sic) firmar la nota refiriendo que no se aceptaba el paciente a su regreso inicia con bradicardia secundario a desaturación (no había suficiente O2 en tanque de ambulancia) y cae en paro cardiorespiratorio que no responde a las medidas convencionales (sic) de reanimación 2 atropinas 1 arenalina (sic) ... al inicio del traslado el paciente tenía TA de 160/90; FC98x; FR 24x y saturado 80%, se inicia traslado, pero ocurren los inconvenientes ya anotados ...”

2. ENUMERACIÓN DE LAS PRUEBAS QUE INTEGRAN EL EXPEDIENTE Y DEMUESTRAN LA VIOLACIÓN A DERECHOS HUMANOS.

2.1. El 5 de noviembre de 2002, mediante el oficio número 26615, esta Comisión a fin de atender inmediatamente la queja del peticionario, solicitó la intervención del licenciado Antonio Hazahel Ruiz Ortega, entonces Encargado del Despacho de la Dirección de la Penitenciaría del Distrito Federal, para que tomara las medidas precautorias siguientes:

a) Se garantizara la integridad psicofísica de los internos Al efecto se realizaran las acciones a su cargo que evitaran, en lo posible, que se repitiera la agresión a la que se aludió en la queja.

b) Se proporcionara a los internos antes citados la atención médica que en su caso requieran.

Adicionalmente, a las medidas precautorias se solicitó que, de ser procedente, se diera vista al agente del Ministerio Público en turno a fin de que se investigaran los hechos señalados en la queja y en caso de que la agresión fuera imputable a personal de ese centro de reclusión también se diera intervención a la Contraloría Interna de la Dirección General de Prevención y Readaptación Social del Distrito Federal.

2.2. El 8 de noviembre de 2002, según consta en el acta circunstanciada respectiva, la visitadora adjunta encargada del expediente se constituyó en las oficinas de la Subdirección Jurídica de la Penitenciaría del Distrito Federal, donde el titular de dicha área, el licenciado Héctor Raúl Laguardia Balcazar, le entregó copia del oficio número SJ/5472/2002-XI, en el cual se señaló lo siguiente:

“... con relación a la queja interpuesta por el interno ..., al respecto me permito comunicar a usted lo siguiente:

Mediante memorándum se instruyó al Cmdte. Juan Rosas Méndez, Jefe de la Unidad Departamental de Seguridad de este Centro, a efecto de que tome las medidas precautorias adecuadas y suficientes a fin de garantizar la integridad psicofísica de los internos en

comento. ... De igual manera, se giró memorándum al Dr. Jesús Arrequín Porras, Director del Hospital que se encuentra en el interior de este Centro Penitenciario, con la finalidad de que se brinde la atención médica que requieran los internos de referencia. ...”

“Por otro lado, mediante parte informativo número SJ/946/02, suscrito por el Jefe de Seguridad de este establecimiento informa que los internos en comento fueron presentados ante esa Jefatura, manifestando que habían sido objeto de agresiones por parte de otros internos, solicitando ser reubicados, asimismo, al realizar las investigaciones correspondientes, se detectó que éstos habían agredido a los también internos Julio Córdoba Mondragón, Edgar Lázaro Chávez Morales y Jesús Cervantes Escobar, este último quedó encamado en el hospital de esta institución. De lo anterior se deduce que los quejosos fueron los agresores y no las víctimas como refieren en la queja que nos ocupa, motivo por el cual se determinó que quedaran en su misma ubicación, con candado de seguridad y con custodio de vista, quedando totalmente resguardados de cualquier riesgo que ponga en peligro su seguridad psicofísica, hasta que el H. Consejo Técnico Interdisciplinario determine lo conducente. ...”

2.3. El 8 de noviembre de 2002, la visitadora adjunta se entrevistó con el peticionario y con el señor José Guillermo Jasso Manzanares y les hizo de su conocimiento el contenido del informe rendido por el licenciado Laguardia. Al respecto ambos internos refirieron que no querían proceder contra los reclusos que los agredieron. Asimismo, el señor Jasso señaló que:

“Todo el problema comenzó con una discusión que terminó en una riña, en la cual sin quererlo resultó lesionado un compañero que iba pasando por el lugar. Agregó que había solicitado su traslado a otro centro de reclusión y que requería que este Organismo investigara si se lo habían autorizado o no.”

2.4. El 12 de noviembre de 2002, mediante el oficio número 27481, este Organismo solicitó nuevamente la colaboración del licenciado Antonio Hazahel Ruiz Ortega, Director de la Penitenciaría del Distrito Federal, para que informara, lo siguiente:

“a) Cuándo se recibió la solicitud de traslado a otro centro de reclusión del interno José Guillermo Jasso Manzanares.

b) Si ya le habían dado una respuesta a la referida solicitud o en su caso cuándo se la darían y en qué sentido sería la misma.”

2.5. El 14 de noviembre de 2002, se recibió en esta Comisión el oficio número STDH/5338/02, suscrito por la licenciada Luz Margarita Malo González, Secretaria Técnica de Derechos Humanos de la Dirección General de Prevención y Readaptación Social del Distrito Federal, por medio del cual informó que el Consejo Técnico Interdisciplinario de la Penitenciaría del Distrito Federal determinó, en la sesión ordinaria 1467, que se llevó a cabo el 6 de noviembre de 2002, autorizar el traslado del interno José Guillermo Jasso Manzanares, por lo que se harían los trámites respectivos.

2.6. El 18 de noviembre de 2002, a las 13:20 horas, se recibió en este Organismo Defensor de Derechos Humanos la llamada telefónica de la señora María Teresa Manzanares Córdova, quien manifestó que:

“Es madre del señor José Guillermo Jasso Manzanares, quien estaba interno en la Penitenciaría del Distrito Federal, ya que actualmente se encuentra en el Hospital General Doctor Rubén Leñero, en el servicio de terapia intensiva en la cama número 5, y su estado de salud es grave. El domingo pasado le avisaron que su familiar al parecer había sido agredido en el Centro Penitenciario y por tal motivo lo llevaron de urgencia a dicho Hospital.

En ese Hospital no le han informado claramente el diagnóstico de su hijo, el médico que lo atiende le da evasivas y sólo le indicó que en cualquier momento puede fallecer. Lo que desea de esta Comisión es que se le apoye para que el personal médico del Hospital General Doctor Rubén Leñero le informe sobre el estado de salud de su descendiente.”

2.7. El 18 de noviembre de 2002, a las 14:20, según consta en el acta circunstanciada respectiva, la visitadora adjunta encargada del expediente se comunicó —vía telefónica— a la Dirección del Hospital General Doctor Rubén Leñero y fue atendida por la señorita Neyda Arciniega, secretaria del director, quien le informó que:

“Su jefe de momento no se encontraba pero que sabía de la situación del interno José Guillermo Jasso Manzanares, en razón de que su madre ya había hablado con el director del hospital, quien giró instrucciones precisas al doctor Octavio Arellano Hernández, encargado del Servicio de Terapia Intensiva en el turno matutino, para que le diera todos los informes necesarios a la señora María Teresa Manzanares Córdova y que comentaría la llamada a su jefe y al doctor Arellano. Finalmente, señaló que le comunicaría a la madre del paciente que el doctor Arellano le daría todos los informes que necesitara en cuanto al estado de salud de su hijo.”

Más tarde la visitadora adjunta se comunicó —vía telefónica— con el doctor Enrique Cabrera, encargado del Servicio de Terapia Intensiva en el turno vespertino en el hospital en comento, quien informó lo siguiente:

“Él en diversas ocasiones ha hablado con la madre del señor José Guillermo Jasso Manzanares, a quien le ha explicado el diagnóstico de su hijo, pero posiblemente la señora se encuentra algo alterada y no escucha lo que le dicen. No obstante ello y a fin de dar una debida atención a la señora María Teresa Manzanares Córdova él personalmente cuando vea nuevamente a dicha señora le explicará con más detalle sobre el estado de salud de su hijo.

El señor José Guillermo Jasso Manzanares ingresó a ese hospital porque intentó suicidarse a través del ahorcamiento. A dicho sujeto lo encontraron en su celda colgado, lo bajaron, lo llevaron al servicio médico del centro de reclusión porque estaba inconsciente y entró en paro cardiorespiratorio a consecuencia de la asfixia. Como secuela del paro sufrió de encefalopatía anoxo-hisquémica. Actualmente el paciente está en coma y tiene descerebración. Su pronóstico para la vida es regular y para la función es malo.

El paciente no presentó huellas externas de lesiones recientes, que únicamente tiene el surco del ahorcamiento y unos rasguños en el antebrazo izquierdo, los cuales por lo menos tenían tres días de evolución ya que estaban en fase de cicatrización.”

2.8. El 18 de noviembre de 2002, mediante el oficio número 27931, este Organismo solicitó una vez más la colaboración del licenciado Antonio Hazahel Ruiz Ortega, Director de la Penitenciaría del Distrito Federal, a fin de que informara:

“a) En qué dormitorio estaba ubicado el interno José Guillermo Jasso Manzanares.

b) Si tenía protección o estaba castigado.

c) ¿Cuál fue el motivo de su traslado al Hospital General Doctor Rubén Leñero?”

2.9. El 25 de noviembre de 2002, se presentó en esta Comisión la señora María Teresa Manzanares Córdova, quien manifestó entre otras cosas lo siguiente:

“... una vez que llamó a esta Comisión, el 18 de noviembre de 2002, inmediatamente después subió el Director del Hospital General Doctor Rubén Leñero al Servicio de Terapia Intensiva, donde se encuentra su hijo José Guillermo Jasso Manzanares, e instruyó al médico encargado así como a la trabajadora social para que le informaran todo sobre el estado de salud de su hijo, tal como ha sucedido. Desde esa fecha ella y su hijo han recibido un trato adecuado en dicho hospital, por lo cual ya no tiene queja alguna al respecto.”

“... que solicita nuevamente la intervención de esta Comisión, para que por conducto de este Organismo sea canalizada a la autoridad competente para analizar y otorgar algún beneficio preliberacional a su hijo José Guillermo Jasso Manzanares, ya que éste ha laborado mucho tiempo y además por su estado de salud considera que también puede obtener alguna preliberación. ...”

2.10. El 25 de noviembre de 2002, se recibió en esta Comisión copia del oficio SJ/5625/2002-XI, suscrito por el licenciado Héctor Raúl Laguardia Balcazar, Subdirector Jurídico de la Penitenciaría del Distrito Federal, en el cual señaló que:

... “el interno en comento (José Guillermo Jasso Manzanares) se encontraba ubicado en población general del Dormitorio Uno, Zona Cuatro, Estancia Tres, con candado y tornillo, lo cual solicitó mediante escrito de puño y letra de fecha seis de noviembre del año que transcurre”, ...

... “por medio de(l) parte informativo número JS/982/02 de fecha doce de los corrientes, signado por el C. Julio Martínez Rivera, Técnico de Seguridad adscrito a esta Institución, informa que el multicitado interno fue encontrado en su estancia colgado del cuello con un pedazo de cable de luz eléctrica, siendo atendido por personal médico adscrito al hospital que se encuentra en el interior de este Centro Penitenciario, el cual determinó fuera

trasladado el interno en mención, al Hospital General Doctor Rubén Leñero para su atención” ...

2.11. El 26 de noviembre de 2002, se comunicó a esta Comisión la señora María Teresa Manzanares Córdoba, quien manifestó que:

“Su hijo José Guillermo Jasso Manzanares había muerto y decidió llamar a este Organismo para que se le apoyara en el sentido de que a la brevedad posible le entregaran el cuerpo de su familiar así como el certificado de defunción respectivo.”

2.12. El 26 de noviembre de 2002, la visitadora adjunta se comunicó de inmediato con el Director del Hospital General Doctor Rubén Leñero, quien señaló que:

“Momentos antes había hablado con el hermano de la señora Manzanares y otra persona, a quienes les explicó el trámite a seguir e instruyó al área de Trabajo Social para que se agilizará el mismo. En ese instante estaba personal de la Procuraduría Capitalina realizando algunas diligencias ministeriales y en cuanto terminaran el occiso sería enviado al servicio de patología para que le realizaran la necropsia y una vez hecho lo anterior el cuerpo sería entregado a sus familiares”.

2.13. El 11 de diciembre de 2002, mediante el oficio número 29738, esta Comisión requirió al licenciado Antonio Hazahel Ruíz Ortega, Director de la Penitenciaría del Distrito Federal, un informe en el cual debía precisar lo siguiente:

“a) De acuerdo con el contenido del oficio SJ/5472/2002-XI el interno José Guillermo Jasso Manzanares se quedaría en su misma ubicación, con candado de seguridad y con custodio de vista, quedando totalmente resguardado de cualquier riesgo que pusiera en peligro su seguridad psicofísica, hasta que el H. Consejo Técnico Interdisciplinario resolviera lo conducente. En ese orden de ideas, qué resolvió al respecto el citado órgano colegiado.

b) Con base en la resolución del Consejo Técnico Interdisciplinario a la que se hace alusión en el párrafo anterior, al momento en que fue encontrado el interno en comento en su estancia colgado del cuello ¿aún continuaba vigente la medida precautoria consistente en el custodio de vista?”

2.14. El 16 de diciembre de 2002, se recibió en este Organismo, copia del oficio número SJ/5903/2002-XII, suscrito por el licenciado Laguardia, Subdirector Jurídico de la Penitenciaría del Distrito Federal, en el cual se indicó que:

“... en sesión ordinaria mil cuatrocientos sesenta y siete del H. Consejo Técnico Interdisciplinario, celebrada el seis de noviembre del presente año; y una vez que el interno en mención fue escuchado por los integrantes de dicho Cuerpo Colegiado, respetando en todo momento sus derechos de audiencia y defensa, determinó dejarlo sin sanción y acordar de conformidad la petición realizada mediante escrito de puño y letra

del interno en mención, consistente en permanecer en su misma estancia con candado y tornillo de seguridad, ...”

“... la medida precautoria consistente en el custodio de vista quedó sin efectos dicha medida, en razón de que el multicitado interno solicitó por escrito de su puño y letra continuar en la misma ubicación con candado y tornillo.”

2.15. El 9 de enero de 2003, mediante el oficio número 00289, la Comisión solicitó la colaboración de la Secretaría de Salud del Distrito Federal para que nos enviara copia certificada del expediente clínico del señor José Guillermo Jasso Manzanares y demás documentados que se radicaron por la atención médica que recibió en el Servicio Médico de la Penitenciaría del Distrito Federal, durante su estancia en ese lugar, así como la que le brindaron en el Hospital General Doctor Rubén Leñero. Asimismo, se le pidió nos informara sobre las posibles causas de la muerte de dicha persona y nos proporcionara copia de su certificado de defunción.

2.16. El 9 de enero de 2003, mediante el oficio número 00290, la Comisión solicitó al licenciado Antonio Hazahel Ruiz Ortega, Director de la Penitenciaría del Distrito Federal, un informe con relación a lo siguiente:

“a) Las gestiones que se realizaron para llevar a cabo el traslado del interno José Guillermo Jasso Manzanares a otro reclusorio, ello a partir del 6 de noviembre de 2002, fecha en la que se autorizó el mismo.

b) Las causas que motivaron que se autorizara el traslado del interno referido.

c) ¿Cuándo se recibió la solicitud de traslado del interno en comento?.

d) El motivo y fundamento del por qué el interno José Guillermo Jasso Manzanares se encontraba ubicado en un dormitorio que, según el parte informativo antes referido, era un área de psiquiátricos.”

2.17. El 17 de enero de 2003, se recibió en esta Comisión el oficio número SJ/0132/2003-I, suscrito por el licenciado Laguardia Balcazar, por medio del cual respondió, lo siguiente:

*“... mediante el oficio número SJ/5556/2002-XI fechado el trece de noviembre del año próximo pasado, ... se hizo la solicitud de traslado por medidas de seguridad institucional, del interno en comento (José Guillermo Jasso Manzanares) a otro Centro de Reclusión, al Director General de esa Dirección (Dirección General de Prevención y Readaptación Social del Distrito Federal), en virtud de que es la autoridad facultada para autorizar dichas peticiones. ... el interno en cita solicitó su traslado a otro Centro, en audiencia pública ante los integrantes del Consejo Técnico Interdisciplinario en su sesión ordinaria mil cuatrocientos sesenta y siete celebrada el **seis de noviembre del año dos mil dos, en razón de que su vida corría peligro.**”*

“... el Lic. José Alfredo Órnelas Álvarez, Jefe del Centro de Observación, Clasificación y Tratamiento, informa que el interno en cuestión se encontraba ubicado en el dormitorio uno, zona, cuatro, a solicitud expresa del mismo, según escrito de su puño y letra de fecha veintitrés de abril de dos mil dos. Cabe mencionar, que el interno en mención fue trasladado en fecha veintiséis del mismo mes y año, al CEVAREPSI para ser atendido en el servicio de psiquiatría, reingresando a esta Institución el diez de mayo del mismo año, por haber sido dado de alta; dicho traslado se debió a que el multicitado interno intentó suicidarse colgándose de una cuerda, asimismo, en fechas treinta y uno de agosto y cinco de septiembre del ese año, intentó la misma conducta sin lograr su propósito.”

2.18. El 20 de enero de 2003, se recibió en este Organismo, el oficio número DUSMAJ/037/03, suscrito por el doctor Ricardo Arturo Barreiro Perera, Director de Urgencias y Servicios Médicos de Administración de Justicia en la Secretaría de Salud del Distrito Federal, por medio del cual hizo llegar copia certificada del expediente clínico del paciente José Guillermo Jasso Manzanares, correspondiente a la atención que se le brindó en la Unidad Médica de la Penitenciaría del Distrito Federal, así como copias simples del certificado de defunción, de la nota de egreso y defunción.

2.19. En la nota de egreso por defunción, elaborada por el doctor Fernando Yuri Carmona, consta lo siguiente:

*“FI. 12 de nov. 2002 DXI. ESTADO POSPARO CARDIACO
ASFIXIA POR AHORCAMIENTO
DESCARTAR INTOXICACION POR COCAÍNA*

*FE. 25 NOV. 2002 DXE. PROBABLE FRACTURA DE
COLUMNA CERVICAL
CONTUSIÓN DE TALLO CEREBRAL*

MASCULINO DE 27 AÑOS DE EDAD QUE INGRESA A URGENCIAS CON DATOS DE PARO CARDIORESPIRATORIO PROCEDENTE DE SANTA MARTHA ACATITLA.

INGRESA EN FORMA DIRECTA AL SERVICIO DE URGENCIAS CON ESTADO DE ALERTA... CON DATOS DE DESCEREBRACIÓN TA 120/70 fc 86 por minuto, pupilas isocírcicas de 2 mm reactivas a la luz con ... mecánica ventilatoria por medio de ambu con persona de ambulancia de reclusorio. Iniciándose manejo con soluciones y rep avanzada se solicita valoración por UCI ingresándose el 12 de noviembre refiriendo que en el cereso presenta paro cardiorrespiratorio durante 5 minutos iniciándose manejo con reanimación cardiopulmonar básica y avanzada logrando que el paciente tenga automatismo respiratorio sin presentar estado de conciencia refiriéndose a esta unidad para soporte cerebral avanzada temprano y tardío al ingreso de uci con Glasgow 6 puntos intubado conectado a ventilador volumétrico estímulo doloroso con signos de descerebración pupilas mióticas con respuesta a la luz conjuntivas hidratadas con presencia en cuello con surco de ahorcamiento deg. 4 mm de grosor con múltiples tatuajes en piel presencia de estertores gruesos transmitidos y abundantes secreciones asalmoneladas precordio con hiperdinamia de 110' abdomen sin datos de irritación

peritoneal sin megalias con presencia de 2 heridas recientes en antebrazo y brazo izquierdo.

*Se inicia manejo con medidas antiedema sometiéndose a coma barbitúrico y antibiótico además de soporte ventilatorio, evolución terrida sin signos de estabilidad hemodinámica neurológicamente sin cambios por lo que es egresado de UC el 22 de noviembre de 2002 e ingresado al servicio de neurocirugía su evolución persiste sin cambios en estado neurológico solicitándose el 25 estudio de tac craneal para precisar diagnóstico y manejo terapéutico sin poder realizarse **por presentar nuevamente paro cardiorespiratorio en el traslado al estudio por lo que se regresa por no presentar respuesta a maniobras de reanimación dándose por fallecido el 25 de noviembre de 2002 a las 16:30 horas.***

2.20. El 3 de febrero de 2003, se recibió en esta Comisión, el oficio número DUSMAJ/063/03, suscrito por el doctor Ricardo Arturo Barreiro Perera, al que anexó copia simple del expediente clínico del paciente José Guillermo Jasso Manzanares, correspondiente a la atención que se le brindó en el Hospital General Doctor Rubén Leñero, donde destaca lo siguiente:

2.20.1. La nota de Neurocirugía suscrita por el doctor Fernando Y. Carmona S., de fecha 25 de noviembre de 2002, siendo las 8:15 horas, en la que se indicó lo siguiente:

“veo pte. masculino que es egresado por UTI, el día 22 de Nov., en horas de la tarde, ya conocido por el servicio por interconsulta previa. Ahora se encuentra en edo. de coma con un E. de G. de 4 pto. con rigidez de descerebración al estímulo doloroso, con automatismo resp. con reflejo corneal presente, ya con traqueotomía y con nebulizador, los signos vitales dentro de los parámetros normales. No cuenta con estudios de imagen, por lo que se le solicita TAC de cráneo y de col. cervical, para especificar lesión neurológica y nivel. Se suspende sol. y mantenemos mismo esquema de tto. Por el momento, ya una vez con el estudio se ajustará el mismo.”

2.20.2. La nota de alta por defunción suscrita por el médico Alejandro Villatoro Martínez, en la cual señaló lo siguiente:

*“... ingresa a terapia donde permanece 12 días es egresado a piso Nqx donde, se envía a tAC cráneo para derrminar (sic) edo a ntal (sic) ... se lleva a (sic) **al hospital e (sic) legaría donde el paciente es rechazado por que (sic) no hubo técnico (sic) para realizar la TAC** y donde asistente (sic) de la dirección no esea (sic) firmar la nota refiriendo que no se aceptaba el paciente a su regreso **inicia con bradicardia secundario a desaturación (no había suficiente O2 en tanque de ambulancia) y cae en paro cardiorespiratorio** que no responde a las medidas cnvencianes (sic) de reanimación 2 atropinas 1 adrenalina (sic) ... al inicio del traslado el paciente tenía TA de 160/90; FC98x; FR 24x y saturado 80%, se inicia traslado, pero ocurren los inconvenientes ya anotados. ...”*

2.21. El 12 de febrero de 2003, mediante el oficio número DGSV/095/2003, se solicitó a la licenciada Bárbara Flores Suárez, agente del Ministerio Público titular de la Unidad de Investigación Uno en la Coordinación Territorial IZP-9, copias certificadas de la averiguación previa número 34/068/02-11 que se inició con motivo del aviso que dio el

personal del Hospital General Doctor Rubén Leñero a la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal del deceso del agraviado.

2.22. El 19 de febrero de 2003, se recibieron en esta Comisión copias certificadas de la averiguación previa antes referida, de la revisión de éstas destacan las siguientes actuaciones:

2.22.1. La declaración de la señora María Guadalupe Jasso Manzanares, hermana del occiso, que realizó a las 11:42 horas, del 26 de noviembre de 2002, en la que refirió:

*“... el día de ayer 25 de noviembre del año en curso, siendo aproximadamente las 17:00 horas, es informada al domicilio de la emitente —vía telefónica— por parte de su padre que su hermano había fallecido a las 16:30 horas de la misma fecha, por lo que procede a trasladarse a este nosocomio donde le informa su señor padre José Jasso Hernández, que su hermano había fallecido toda vez que los médicos le informaron que al ser trasladado al Hospital Pediátrico Legaria para realizarle algunos estudios en la ambulancia se había agravado su estado de salud y de inmediato regresan a este Hospital General Doctor Rubén Leñero para atenderlo, comunicándole casi de inmediato a su señor padre el fallecimiento de su hermano, que los hechos no le constan sólo lo que ha referido en su presente declaración por dicho de su padre José Jasso, **sin embargo refiere la emitente que ni ella ni sus padres tenían conocimiento del traslado de su hermano hoy occiso que en vida llevara el nombre de José Guillermo Jasso Manzanares, al Hospital de Legaria para que le realizaran otros estudios. ...**”*

2.22.2. La declaración del señor José Jasso Hernández, padre del occiso, que realizó a las 12:28 horas, del 26 de noviembre de 2002, en la que refirió:

“... el día de ayer 25 de noviembre del año 2002 aproximadamente a las 16:30 horas el emitente es informado que había fallecido su hijo José Guillermo Jasso Manzanares, por lo que procede a comunicarse con su familia para informarles de estos hechos, que sabe que minutos previos al parecer había sido trasladado a unos estudios al Hospital Pediátrico Legaria, su hijo José Guillermo Jasso y que esto se da cuenta porque al parecer salen dos ambulancias una de este hospital. ... y otra ambulancia de la penitenciaría o del reclusorio. ...”

2.22.3. El 27 de noviembre de 2002, los doctores Ramiro Palafox Vega y José Luis Rivas Hernández, peritos médicos patólogos, adscritos al anfiteatro del Hospital General Doctor Rubén Leñero, emitieron el dictamen de necropsia del señor José Guillermo Jasso Manzanares, en los siguientes términos:

“Los que suscriben peritos Médicos Patólogos, adscritos al anfiteatro del Hospital Dr. Rubén Leñero, por disposición del C. Agente del Ministerio Público en turno, practicamos la Necropsia en un individuo del sexo masculino quien en vida llevara el nombre de: JOSÉ GUILLERMO JASSO MANZANARES, de veintisiete años de edad y con la siguiente SOMATOMETRÍA: Estatura de ciento setenta y un centímetro abdominal de setenta y tres centímetros.

SEÑAS PARTICULARES. *Presenta múltiples tatuajes en ambos miembros superiores con figuras y leyendas diversas. Destacan los siguientes tatuajes localizados en tórax y miembros inferiores. El primero localizada en la cara interior del hemotórax izquierdo con el rostro de un niño con aureola que mide diecisiete punto cinco por diez punto cinco centímetros, con una leyenda en la parte superior que dice JOSÉ y otra en la altura de la región mamaria que dice “DIEGO TONATIHU JASSO ORTEGA 14-dic-95 nace 15-dic-96 falleció”. El segundo en la cara posterior del tórax en la región supraescapular la leyenda que dice DIEGO y una estrella en la parte inferior de la misma que mide dieciséis por siete centímetros. El tercero localizado en la cara anterior del tercio medio del muslo izquierdo una imagen que representa a la virgen de Guadalupe que mide trece por seis centímetros y en cuarto localizado en el tercio inferior del muslo derecho la leyenda que dice JASSO que mide seis por dos punto cinco centímetros.*

SIGNOS CADAVÉRICOS. *Presenta tela glerosa y opacidad corneal bilateral, rigidez generalizada, temperatura inferior a la del medio ambiente, por encontrarse en cámara de refrigeración, y livideces posteriores.*

LESIONES AL EXTERIOR. *Se observa en la cara interior del cuello discreto surco de veinte centímetros de longitud y de cero punto cuatro centímetros de ancho es incompleto, por arriba del cartilago tiroides, horizontal que va de región infraauricular izquierda a la región infraauricular del lado derecho, sin huellas de lesiones recientes y zona de descamación a la derecha de la línea media. Se aprecia herida transversal en la misma cara anterior del cuello de dos punto cinco centímetros de longitud afrontada con material de sutura, de las utilizadas para traqueotomía por la que drena material de aspecto grumoso muco purulento de color café amarillento no fétido. Una herida más en la región clavicular localizada a cuatro centímetros a la derecha de la línea media que mide cero punto cinco centímetros de diámetro de las utilizadas para venopunción subclavía.*

APERTURA DE LAS CAVIDADES.

CRÁNEO. *Los tejidos epicraneanos no muestran alteraciones. A la apertura de la cavidad, los huesos de la bóveda y la base del cráneo sin trazos de fractura. Las meninges integras sin alteraciones. El encéfalo pesa mil cuatrocientos cincuenta gramos, al exterior se observa ensanchamiento de los surcos, aplanamiento de las circunvoluciones y acentuada congestión vascular subaracnoidea. Al corte la sustancia gris es de color café rojizo congestiva y la sustancia blanca con fino putilleo hemorrágico difuso. Las cavidades ventriculares ocupadas por escaso líquido de características normales. El polígono de Willis sin alteraciones. El cerebelo al exterior se observa congestión vascular subaracnoidea, al corte la sustancia gris de color rojizo.*

CUELLO. *Al exterior, lo descrito en lesiones al exterior. Al corte el tejido subcutáneo, las masas musculares y los grandes vasos sin alteraciones. El hueso hioides y el cartilago tiroides se encuentran íntegros, sin lesiones aparentes. La glándula tiroides sin alteraciones. A nivel del cartilago cricoides y primer anillotraqueal se observa una perforación en la cara interior de la traquea de dos punto cinco centímetros por un centímetros que corresponde a la herida para traqueostomía referida en lesiones a la exterior. A la apertura de la traquea se observa moderada cantidad de material mucoide*

amarillento, espeso que ocupa parcialmente la luz, la mucosa de color rojizo congestiva en todo su trayecto. La columna cervical se encuentra íntegra y sin huellas de lesiones.

TORAX. Los tejidos blandos y la parrilla costal sin alteraciones. A la apertura de la cavidad las cavidades pleurales se encuentran vacías, los pulmones al exterior de color rosa pálido con antrocosis abpleiral difusa y zonas de puntillero hemorrágico difuso (petequias) sub pleurales de predominio basal. El pulmón derecho pesa quinientos gramos y el izquierdo cuatrocientos noventa gramos. A la apertura de la vía aérea los bronquios primarios, secundarios y de pequeño calibre se encuentran ocupados por material de aspecto mucoso de color amarillento espeso que obstruye parcialmente la luz. El parénquima pulmonar es de aspecto congestivo, crepitante, de color rojo vinoso y con escurrimiento hemático. El pericardio al exterior sin alteraciones, a la apertura la cavidad ocupada por escaso líquido de color amarillento de características normales. El corazón pesa trescientos gramos con puntillero hemorrágico (petequias) subepicárdico de distribución difusa. A la apertura la cavidad se encuentra vacía y el músculo cardíaco de características normales. El esófago sin alteraciones.

ABDOMEN. Al exterior no se observan alteraciones. A la apertura de la cavidad. El estómago sin alteraciones aparentes, al corte la cavidad ocupada por material en papilla de color verdoso adherido laxamente a la mucosa la cual presenta pliegues aplanados y con zonas de congestión y puntillero hemorrágico difusos. El hígado con un peso de mil novecientos noventa gramos, la superficie es lisa, brillante y de color violáceo, al corte es de consistencia blanda el parénquima congestivo finamente granular. El bazo pesa doscientos gramos al exterior sin alteraciones, al corte el parénquima reblandecido y congestivo, el páncreas pesa cien gramos sin alteraciones microscópicas presentes. Las suprarrenales de características normales. Los riñones, el derecho pesa ciento treinta gramos y el izquierdo pesa ciento noventa gramos, son fácilmente descapsulables, la superficie es lobulada y brillante al corte sin alteraciones aparentes. Los uréteres, la vejiga y la próstata sin alteraciones aparentes.

CONCLUSIÓN

JOSÉ GUILLERMO JASSO MANZANARES, FALLECIÓ DE EDEMA AGUDO PULMONAR Y EDEMA AGUDO CEREBRAL, CONSECUTIVO A ASFIXIA SEGÚN CONSTA EN EXPEDIENTE CLÍNICO, LESIÓN QUE SE CLASIFICA COMO MORTAL.”

2.23. El 18 de marzo de 2003, mediante el oficio número 5228, la Comisión solicitó la intervención de la Secretaría de Salud para que remitiera a esta Comisión un informe en el que debía precisar lo siguiente:

“a) El motivo por el cual era necesario el traslado del señor José Guillermo Jasso Manzanares del Hospital General Doctor Rubén Leñero al Hospital General Legaria y qué médico lo autorizó.

b) Si la unidad en la que fue trasladado el señor José Guillermo Jasso Manzanares contaba con el material mínimo necesario para salvaguardar su integridad psicofísica, ello

en el entendido de que se trataba de un paciente que necesitaba apoyo ventilatorio mecánico.

c) En qué tipo de ambulancia se llevó a cabo el traslado en comento, atendiendo al hecho de que existen diversos modelos de unidades en cuanto a equipamiento y necesidades del paciente que se traslada.

d)Cuál es la razón por la que no había suficiente oxígeno en la unidad que trasladó al señor José Guillermo Jasso Manzanares del Hospital General Doctor Rubén Leñero al Hospital General Legaria, conociendo de antemano el estado de salud del paciente.

e) Qué coordinación hubo entre el Hospital General Doctor Rubén Leñero y el Hospital General Legaria antes de efectuar el traslado del señor José Guillermo Jasso Manzanares, para verificar que éste sí iba a ser atendido y si se elaboró o no la hoja de referencia-contrarreferencia.

f) Atendiendo al supuesto de que el señor José Guillermo Jasso Manzanares era un interno-paciente, en el caso concreto era necesario que sus familiares tuvieran conocimiento del traslado (consentimiento informado) y que lo autorizaran. Además, si se les indicó de los riesgos que éste pudiera tener.

g) El día y la hora en que se llevó a cabo el traslado así como las personas que intervinieron en él (personal médico, de enfermería, técnico, etcétera).”

2.24. El 26 de marzo de 2003, se recibió en este Organismo el oficio número DUSMAJ/0183/03, suscrito por el doctor Ricardo Arturo Barreiro Perera, Director de Urgencias y Servicios Médicos de Administración de Justicia en esa Secretaría, al que anexó copia simple del oficio número SM/0033/03, de fecha 25 de marzo de 2003, suscrito por el doctor Rolf Herbert Willy Meiners Huebner, Director Médico del Hospital General Doctor Rubén Leñero, en el cual señaló textualmente, lo siguiente:

“...

Con respecto a los incisos solicitados:

a) Era necesario tomar una TAC por el estado de salud y tipo de lesión que presentaba el paciente y el hospital en ese tiempo no contaba con ese recurso.

b) La unidad en la que fue trasladado contaba con el mínimo necesario.

c) La ambulancia en la que se trasladó, es una ambulancia de Urgencias, de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-020-SSA2-1994.

d) El tanque de oxígeno con que cuenta la ambulancia es de por lo menos 3 litros por metro cúbico, con manómetros, flujometro y humificador, suficiente para el caso.

e) *Las coordinaciones para los estudios tomográficos ya están establecidas por nuestra Dirección General y en este caso, como en otros se establecieron las coordinaciones adecuadas entre el Hospital General Doctor Rubén Leñero y Legaria como lo marca la Norma.*

f) *En todo momento se mantuvo informado a los familiares de la gravedad del paciente, pronóstico y riesgos como lo demuestra el propio expediente clínico, en que hay firmas de conocimiento y consentimiento de sus familiares.*

g) *El traslado se llevó a cabo el día 25 de noviembre a las 15:45 horas. con el personal adecuado incluyendo un médico especialista en Urgencias Médico Quirúrgicas.*

Comentario final:

El paciente llegó a nuestro hospital después de haber presentado un paro cardiorrespiratorio secundario a ahorcamiento del reclusorio donde fue enviado, el que fue reversible a las maniobras de resucitación, y las condiciones en que llegó fueron graves con un deterioro neurológico importante, en estado comatoso con un Glasgow de 6, con encefalopatía anoxo-isquémica severa y descerebración secundaria, al cual le dieron todas las atenciones de calidad médica y humanitaria pero que por la evolución natural de este tipo de lesiones, el desenlace fatal a corto plazo, era predecible.”

2.25. El 1 de abril de 2003, mediante el oficio número 05966, este Organismo solicitó a la Secretaría de Salud un informe complementario, en el cual se debía precisar lo siguiente:

a) *¿Qué persona era la encargada (señalar nombre y cargo) de verificar que el tanque de oxígeno de la ambulancia, donde fue trasladado el señor José Guillermo Jasso Manzanares, estuviera en los niveles adecuados de llenado y si se elaboraba una minuta de dicha revisión?*

b) *Antes de realizar el traslado el médico a cargo de la diligencia revisa el equipo de la ambulancia para verificar que todo funcione adecuadamente o a qué persona corresponde esa tarea.*

c) *¿Cuáles son las coordinaciones para los estudios tomográficos que ya están establecidas por la Dirección General (de Servicios Médicos y Urgencias en esa Secretaría) y en el caso concreto se especificara cuáles fueron las que se realizaron entre el Hospital Rubén Leñero y Legaria?.*

d) *¿Qué personas (nombre y cargo) intervinieron en el traslado del señor José Guillermo Jasso Manzanares (personal médico, de enfermería, técnico, etcétera)?.*

2.26. El 4 de abril de 2003, una visitadora adjunta y el médico adscrito a la Segunda Visitaduría General de esta Comisión se constituyeron en las instalaciones del Hospital General Doctor Rubén Leñero y constataron lo siguiente:

“Siendo las 11:10 horas del día de la fecha nos constituimos —la licenciada Blanca Estela Ortiz Méndez y el doctor Emiliano Acosta González, visitantes adjuntos—, en compañía de Alejandro Cuevas Romo, fotógrafo de esta Comisión, en las instalaciones del Hospital General Doctor Rubén Leñero, dependiente de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, donde previa identificación solicitamos al doctor Rolf Herbert Willy Meiners Huebner, Director de la institución, nos permitiera ver la ambulancia que trasladó al señor José Guillermo Jasso Manzanares, el día 25 de noviembre de 2002, de ese hospital al Hospital Pediátrico Legaria y tomar fotografías de la misma. Para tal efecto solicitó a la doctora Andrea Mendoza, Jefa del Servicio de Urgencias en ese nosocomio, que nos condujera al área de estacionamiento donde se tuvo a la vista la ambulancia número 255, que por dicho del Director del hospital y la doctora Mendoza fue donde se llevó a cabo el traslado al que se hizo alusión.

En ese momento Alejandro Cuevas tomó las impresiones fotográficas de la ambulancia, tanto del interior como del exterior. Asimismo, el suscrito Emiliano Acosta revisó la unidad para verificar el material, de cuya revisión se constató que en el botiquín donde se encuentran los fármacos para emergencias relacionadas con paro cardiorespiratorio —atropina, epinefrina y bicarbonato de sodio—, y el equipo para las urgencias —guantes, cánulas, laringoscopio, sondas endotraqueales—, es el mínimo requerido.

Por otro lado, el tanque de oxígeno —de tres litros por metro cúbico, de acuerdo al manómetro —medidor—, se encontraba con gas al 70% de su capacidad. La ambulancia contaba con humidificador pero no con las sondas y conexiones para aplicar oxígeno a pacientes con traqueostomía.

*En la ambulancia de referencia, número 255, que era una ambulancia de urgencias —el Hospital General Doctor Rubén Leñero **no cuenta con ambulancias de terapia intensiva**—, no se observaron soluciones —salina, glucosada, Hartman, por ejemplo—, material necesario para atender las emergencias, ni guantes ni gasas estériles, ni material de curación. Tampoco se observó el equipo —camilla rígida, collarines—, necesario para atender a personas que han sufrido algún tipo de traumatismo en cráneo o en cuello.*

De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana, NOM-020-SSA2-1994, para la prestación de servicios de atención médica en unidades móviles tipo ambulancia, la ambulancia número 255 del Hospital General Doctor Rubén Leñero, revisada por personal de esta Comisión y en opinión del doctor adscrito a la Segunda Visitaduría, no cumple con los requisitos necesarios para atender adecuadamente a los pacientes que requirieran ser trasladados a dicha unidad.

La inspección de la unidad no pudo concluirse debido a que la ambulancia fue requerida para trasladar a un paciente de ese hospital.

Una vez hecho lo anterior, los suscritos nos entrevistamos con la doctora Andrea Mendoza Moreno, quien en términos generales conocía la queja que se investiga y al respecto atendió algunos de nuestros cuestionamientos, a los que respondió lo siguiente:

— Es Jefa del Servicio de Urgencias en el Hospital General Doctor Rubén Leñero en el turno matutino. En razón de ello y toda vez que el traslado del paciente José Guillermo Jasso Manzanares se llevó a cabo por la tarde, tuvo conocimiento del mismo hasta el día siguiente en que se realizó.

— El día que se efectuó el traslado del paciente en comento, quien se encontraba en el Servicio de Neurocirugía del hospital, no había neurocirujano, razón por la cual el asistente (del Director que se encuentra en el turno vespertino) le pidió al doctor Alejandro Villatoro Martínez, quien está adscrito al Servicio de Urgencias, que asistiera el traslado.

— Los médicos que asisten los traslados son los encargados de verificar que la ambulancia tenga todo lo necesario para atender cualquier situación de urgencia que pueda presentarse, en esa revisión se deberá constatar que el oxígeno sea suficiente para la diligencia e incluso en ocasiones se llevan un tanque de oxígeno portátil para cubrir cualquier eventualidad.

— Los choferes de las ambulancias también verifican que el equipo de la unidad esté completo, específicamente si revisan los niveles del oxígeno del tanque. En el caso de que dicho tanque no este completamente lleno o bien se encuentre vacío, hacen el reporte de esa situación a la licenciada Gladys María Raquel García García, Coordinadora de Mantenimiento y Servicios del Hospital. Asimismo, hacen la anotación respectiva en la bitácora que para tal efecto se tiene. (Cabe aclarar que esta información fue corroborada por el chofer del turno matutino, quien además nos informó que el chofer que participó en el traslado se llama Alejandro Olmedo).

— En el Hospital General Doctor Rubén Leñero no tenían el servicio de tomografía, razón por la que se enviaban a los pacientes a otros hospitales para la realización de dicho estudio. Actualmente ya tiene dicho servicio, debido a que hace mes y medio se los instalaron.

— El Hospital General Doctor Rubén Leñero cuenta con tres ambulancias, una para pacientes deambulatorios y otras dos de urgencias que únicamente varían de tamaño entre una y otra. Lamentablemente no tienen una **unidad móvil de cuidados intensivos, lo cual sería muy útil para una debida atención.**

— Siempre que se va a efectuar el traslado de los pacientes, anticipadamente se le informa a los familiares de éste y se les requiere su autorización por escrito, para lo cual ya existen formatos preestablecidos. Así también, se elabora una hoja de referencia y contra referencia, en la que se debe precisar la institución de la cual se externa el paciente y a qué institución se dirige. Dicha hoja se elabora por duplicado, el original se queda en el hospital al que se refiere el paciente y la copia, en la cual se debe acusar de recibo, se anexa al expediente clínico.

— El médico que ordena un determinado estudio debe precisar las medidas pertinentes para garantizar el estado de salud del paciente, máxime si para la realización de dicho estudio se tiene que trasladar a la persona a otro hospital. En esta hoja el médico que solicita el traslado debe anotar el tratamiento, el manejo y los cuidados específicos que

deben proporcionarse al paciente que se traslada. En el caso que nos ocupa, no existen evidencias de que se hubiera elaborado este documento.

— El área de trabajo social se encarga de buscar el hospital donde se debe hacer el estudio y de concertar la cita para precisar la fecha y hora en que se recibirá al paciente. Una vez hecho lo anterior, informa de los datos al médico tratante que ordenó el estudio.

Junto con la doctora Mendoza Moreno, personal de este Organismo intentó ubicar, sin lograrlo, a la señora Gladys María Raquel García García, Coordinadora de Mantenimiento y Servicios del Hospital mencionado, para tratar de revisar la bitácora correspondiente al 25 de noviembre de 2002, por la tarde, cuando se trasladó a José Guillermo Jasso Manzanares y de esa manera contar con más elementos relacionados con la investigación que nos ocupa.”

2.27. El 7 de abril de 2003, mediante el oficio número DGSMU/661/03, la Secretaría de Salud dio respuesta al informe complementario, en los siguientes términos:

“Con relación a su atento oficio 05966 de fecha 1 de abril del 2003, referente a la queja del interno ..., y en atención a su solicitud para presentarle un informe complementario al oficio DUSMAJ/0183/03 suscrito por el Dr. Ricardo Barreiro Perera, Director de Urgencias y Servicios Médicos de Administración de Justicia, expreso a usted lo siguiente en atención a sus cuestionamientos:”

a) ¿Qué persona es la encargada (señalar nombre y cargo) de verificar el tanque de oxígeno de la ambulancia, donde fue trasladado el señor José Guillermo Jasso Manzanares, estuviera en los niveles adecuados de llenado y si se elabora una minuta de dicha revisión?.

“De acuerdo con la nota informativa que con fecha 2 de abril del año en curso remite el Dr. Rolf Herbert Willy Meiners, Director del Hospital General “Dr. Rubén Leñero” (Anexo 1), se identifica que la persona encargada de revisar el tanque de oxígeno es el chofer de la ambulancia en turno, en este caso el señor Alejandro Olmedo Corona; asimismo se anexa copia simple de la nota informativa de fecha 2 de abril del 2003, que dirige Raquel García al Dr. Rolf Meinner (Anexo 2), copia simple de la bitácora de la Subdirección administrativa del Hospital General “Dr. Rubén Leñero” (anexo 3), copia simple de la bitácora de la unidad 255 (Anexo 4).”

b) Antes de realizar el traslado el médico a cargo de la diligencia revisa el equipo de la ambulancia para verificar que todo funcione adecuadamente o a qué persona corresponde esa tarea.

“De acuerdo con la nota informativa que con fecha 2 de abril del año en curso remite el Dr. Rolf Herbert Willy Meiners (anexo 1), el médico que traslada al paciente se encarga de verificar que la ambulancia cuente con el equipo necesario, que en el caso que nos ocupa correspondió al Dr. Alejandro Villatoro Martínez, quien de acuerdo con lo mencionado en su nota informativa dirigida al Dr. Ricardo Barreiro Perera, se encargó de preparar el equipo necesario para el traslado del paciente (anexo 5).”

c) Cuáles son las coordinaciones para los estudios tomográficos que ya están establecidas por la Dirección General (de Servicios Médicos y Urgencias en esa secretaría) y en el caso concreto se especifique cuales fueron las que se realizaron entre el Hospital Rubén Leñero y Legaria.

“Con respecto al envío del paciente para estudios del TAC, la Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias, a través de la Subdirección de Hospitales, ha establecido los lineamientos correspondientes al envío de pacientes para estudios de TAC (Anexo 6), asimismo esta Subdirección mencionada, realiza reuniones periódicas con personal de las unidades hospitalarias, a fin de mejorar la referencia y contrarreferencia de pacientes que requieren estudios de TAC, y evitar envíos innecesarios de pacientes que requieren estudios de TAC a servicios privados (anexo 7).

En el caso que nos ocupa, y de acuerdo con la nota informativa que con fecha 2 de abril del año en curso remite el Dr. Rolf Herbert Willy Meiners 8 anexo 1), la Trabajadora Social María del Carmen Fragoso Guadarrama del Hospital General “Dr. Rubén Leñero”, estableció la coordinación con el Hospital Pediátrico Legaria, según se indica en el control de servicio de Trabajo social, del cual se anexa copia simple (anexo 8), e informando del hecho al Dr. Alejandro Villatoro Martínez (anexo 5).”

d) Qué personas (nombre y cargo) intervinieron en el traslado del señor José Jasso Manzanares intervinieron el Dr. Alejandro Villatoro Martínez, quien es médico del Servicio de urgencias, el chofer de la unidad, Alejandro Olmedo Corona y dos custodios asignados de los cuales se ignora sus nombres.

“Se destaca que a efecto de cubrir las ausencias programadas, las unidades hospitalarias instrumentan las acciones y procedimientos correspondientes.

En el caso del Hospital Pediátrico Legaria, se remite copia simple del oficio s/n de fecha 3 de abril del 2003 (anexo 9), que dirige el Dr. Raúl López Ochoa, Coordinador de Serv. Aux. de Diagnóstico de Tx., al Dr. Arturo Capistrana Guadalajara, Director del hospital Pediátrico Legaria, en el que informa de los procedimientos que se realizan para cubrir las ausencias programadas de los técnicos del servicio de Radiología y el manejo del Tomógrafo, así como copia simple de los pacientes atendidos durante el año del 2002 en el servicio de tomografía procedentes del Hospital General “Dr. Rubén Leñero” (anexo 10).”

“Se destaca que el técnico Arias Tovar Carlos, no se presentó a laborar como se corrobora en la tarjeta de control de asistencia correspondiente (anexo 11) y la hoja de incidencias y control de asistencias de este trabajador (anexo 12), lo que constituye una ausencia no programada, por lo que no fue posible instrumentar los procedimientos mencionados anteriormente para cubrir la ausencia.”

“Anexo I.

NOTA INFORMATIVA

2 de abril de 2003

PARA: DRA. ASSA EBBA CHRISTINA LAURELL
SECRETARIA DE SALUD DEL D. F.
DE: DR. ROLF HERBERT WILLY MEINERS HUEBNER
DIRECTOR DEL HOSPITAL GENERAL DR. RUBÉN LEÑERO.

ASUNTO: Complemento al oficio no. 5966 del 1 de abril de 2003.

En complemento al oficio No. 5966 del 1 de abril de 2003, enviado por la Dirección General de la Segunda Visitaduría de la Comisión de Derechos Humanos con oficio y expediente, envío a usted respuesta de acuerdo a los incisos marcados en el propio documento.

a) La persona encargada de revisar el tanque de oxígeno es el chofer de la ambulancia en turno, en este caso el Chofer Alejandro Olmedo Corona.

b) El médico que traslada al paciente se encarga de verificar que la ambulancia cuente con el equipo necesario.

c) La línea de coordinación se hace de Trabajo Social a Trabajo Social de la Unidad solicitante a la receptora; y en casos especiales se hace de Trabajo Social a Asistente de la Dirección o directamente con el Jefe o Encargado del servicio. En el caso que nos ocupa la trabajadora social María del Carmen Fragoso Guadarrama se comunicó con la Dra. Ma. Concepción Peralta Luna, Subdirectora Médica del Hospital Infantil Legaria. Anexo los lineamientos para envío del paciente normado por la Secretaria de Salud del Distrito Federal.

d) Intervinieron en el traslado del paciente el Dr. Alejandro Villatoro Martínez médico especialista en Urgencias Médico-Quirúrgicas, quien es médico del Servicio de Urgencias. El chofer Alejandro Olmedo Corona y dos custodios asignados, se ignora el nombre los custodios.

d) Se reitera que el tanque de oxígeno contaba por lo menos con 3 litros cúbicos de oxígeno como marca la Norma Oficial Mexicana 020-SSA2-1994. Suficiente para el caso.

e) Se refiere nuevamente a lo comentado en el punto c.

f) Reiteramos que en todo momento se mantuvieron informados a los familiares de la gravedad del paciente, pronóstico y riesgos del traslado, como se demuestra en el expediente clínico en el que existen las firmas de conocimiento y consentimiento de sus familiares.

g) El traslado se llevo a cabo el día 25 de noviembre del 2002, a las 15:45 horas, con el Dr. Alejandro Villatoro Martínez, chofer Alejandro Olmedo Corona y los dos custodios asignados.”

“Anexo II.

NOTA INFORMATIVA

2 de abril de 2003.

PARA: DR. ROLF MEINERS HUEBNER
DE: RAQUEL GARCÍA GARCÍA

Los promotores de salud (choferes) por rutina llegan y revisan las unidades (ambulancias y vehículos administrativos) y reportan en el caso del turno matutino de lunes a viernes a la Coordinación de Mando. Y Serv. Grales; en los otros turnos reportan verbalmente al Asistente de la Dirección y al Asistente de la Administración, éste último asienta en bitácora únicamente el nivel de gasolina. Lo que revisan por rutina son las condiciones generales del vehículo, tales como: encendido, kilometraje inicial, niveles de gasolina, aceite de motor, de transmisión, liq. de frenos, anticongelante, llantas, tanque de oxígeno (debe estar entre 60 y 90%), limpieza. En su caso reportan fallas. Siempre que se recibe una solicitud de servicio para salir con paciente que requiere oxígeno, el médico antes de hacerlo verifica el tanque del mismo.”

“Anexo III.

COPIA DE LA BITÁCORA DE LA SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA

25 de noviembre de 2002

Se destaca en esta bitácora para el caso que nos ocupa lo siguiente:

AMB: 255 K 24230 GAS 5/8 (TOMOGRAFÍA AL HOSP. LEGARIA).
...

COPIA DE LA BITÁCORA DE LA UNIDAD 255.

KM	inicial:	24225	Final	24225
Gasolina:				5/8
Aceite		Motor:		OK
Aceite		Transmisión:		OK
Agua		anticongelante:		OK
Líquido	de	frenos:		OK.
Aire	de	Llantas:		OK
Tanque	de	Oz:		OK
Observaciones:				

Dr. Ricardo Barreiro Perera.
Director de Urgencias y Servicios Médicos de Administración y Justicia.
Secretaria de Salud del DDF.”

“Anexo IV.

Nota informativa

Le informo a usted los pormenores de la atención del paciente: José Guillermo Jasso Manzanares.

El paciente es traído por custodios y médico de reclusorio el día 12/nov/2002, refiriendo la doctora que lo traslado y por nota de referencia que el paciente fue encontrado en su celda, colgado de una soga (ahorcado) y siendo revertido de paro respiratorio, se desconoce el tiempo de evolución del paro cardiorespiratorio, a su ingreso se encontraba comatoso, traído con ambú, con Glasgow 6 y funciones mentales superiores abolidas, pero con vitales en límites TA: 110/70 FC:85X' FR: 24X'. Se inician las maniobras de estabilización correspondientes, con toma de laboratorios y búsqueda de drogas de abuso, incluyendo la colocación de cateter central sin contratiempos e interconsulta a unidad de terapia intensiva, de parte de un servidor, determinando que tiene estado Post Parocardiorespiratorio, con anoxoisquémica, con daño global a sistema nervioso central (1) y pb intoxicación por cocaína. El paciente es ingresado a la unidad de cuidados intensivos con TC. que presentaba edema cerebral y manejado durante (13 días) siendo egresado a piso de neurocirugía por mala evolución (en respuesta neurológica) y dependiente de ventilación mecánica.

El día 25/nov/2002, un servidor estaba trabajando en mi turno que es vespertino, sin interno de guardia, cuando a las 15 horas se me avisa por parte del asistente de la dirección del turno, que si lo podría auxiliar con el traslado del paciente a realización de TC que había solicitado médico tratante, previa valoración de la gravedad del paciente que estaba en el primer piso (piso de neurocirugía) el traslado para el estudio sería en el Hospital Infantil de Legaria, informándome que el trámite ya había sido realizado, bajo esta seguridad un servidor bajo a preparar el equipo necesario para el traslado: Ventilador mecánico, monitor de 5 derivaciones con tensiómetro automático y saturómetro, además de revisar si había oxígeno en la ambulancia (el cual marcaba $\frac{3}{4}$ del tanque de litros). El paciente previo al traslado tenía las siguientes vitales: TA: 160/90,FC: 98X' FR 243X'.

*Se inicia el traslado conectando al paciente al ventilador de traslado con O2 al 100% y al monitor con oxímetro programando de TA c/5 min. se sube a la camilla y de ahí a la ambulancia, en ello baja la solución del paciente a 75% pero mejora a 90% (2), durante el traslado soy acompañado por un custodio y la camioneta de custodios detrás de nosotros, tardando 10 min. para llegar al hospital. Un servidor se quedó en la ambulancia con el paciente y envié al chofer y al camillero para preparar el tomógrafo, **pero se me informa de parte de este personal que el asistente de la dirección refiere que no puede aceptar al paciente porque el técnico de TAC no llegó“ que no confi,** revaloro al paciente y la TAC bajó a 90/50, se inicia carga de líquidos, el saturómetro marca 95%, y la FC es de 45X'se ministra atropina mejorando la FC a 60X'(3), pero no mejora la saturación, se revisa conexiones de ventilador, que estaban bien y se revisa tanque de O2 encontrando que se había consumido cerca del 50% de la capacidad que tenía, valorando lo anterior decidió regresar al hospital.*

Durante el regreso el paciente desatura todavía más llegando a 60% y FC de 30X', con Ta de 0/0 e inicio maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzada para bradicardia, ministrando, atropina y adrenalina reviso **tanque 02 y se había acabado el oxígeno** (desconozco la causa de lo anterior), cayendo en ello la saturación a 40% y sin vitales, ello a 5 min, de llegar al HG Rubén Leñero se inicia RPC avanzadas (4) pero el paciente no responde a las maniobras determinando al paciente por muerto a su llegada al hospital se informa a custodios, asistente de la dirección y a familiares. No extiende certificado de defunción por ser caso médico legal. Lo importante es que el paciente debido a la patología de base ahorcamiento que condicionó paro cardiorrespiratorio revertido y encefalopatía anoxo-isquémica con secuelas neurológicas severa, tienen una mortalidad muy elevada a 86% posterior a 1 día (1,2,5) y es debida a causas no neurológicas.

Lineamientos para el envío del paciente para estudio de TAC

- La necesidad del estudio debe estar basada en el criterio del Médico Tratante el cual establecerá si el estudio es Ordinario (programado a corto plazo) o bien si es de Urgencia.
- Tipo de Estudio solicitado (simple ó contrastado)
- La solicitud del estudio se deberá realizar en el formato oficial para la referencia interinstitucional de pacientes de la Secretaría de Salud del Gobierno de D.F.; el que deberá contener los datos necesarios e indispensables para estos documentos como son: Ficha de identificación (nombre, edad, sexo # de expediente en caso de que lo tenga, etc.). Programa de Gratuidad ó de Cuotas de Recuperación.
- Resumen clínico con los datos relevantes del paciente (antecedentes, exploración física etc.)
- Diagnóstico Clínico de sospecha.
- Visto bueno del Jefe de Hospitalización, del responsable del área de Urgencias ó bien del Asistente de la Dirección en turno (nombre completo, firma y fecha).
- Carta de Consentimiento Informado.
- Formato de no reacciones Alérgicas.”

“Anexo V.

REUNIÓN PARA EFICIENTAR EL ENVÍO DE PACIENTES A ESTUDIO DE TAC

25 de febrero de 2003.

PROPÓSITO DE LA REUNIÓN:
Lograr un acuerdo entre las diferentes Unidades Hospitalarias para mejorar el envío y lograr el apoyo para pacientes con necesidades de estudios de TAC entre las Unidades Hospitalarias (emisoras y Receptoras) de la Secretaría de Salud del Distrito Federal.

OBJETIVO

Mejorar la referencia y contrarreferencia de pacientes que requieren de TAC. Evitar envíos innecesarios de pacientes que requieren estudio de TAC principalmente evitar que sean enviados al medio privado. Se convocará a reunión a los Hospitales: H.G.

DE LA VILLA, H.G. BALBUENA, H.G. RUBÉN LEÑERO, H.G. XOCO, H.G. LEGARIA,
H.G. TICOMAN

PARTICIPANTES

Jefe de Trabajo Social de cada una de la Unidades participantes.
Jefe del Servicio Imagenología.
Director o Subdirector Médico de las Unidades Hospitalarias participantes.

POR	EL	NIVEL	CENTRAL
Dr. Carlos Vázquez Noriega,		Subdirector de	Hospitales.
Dr. Roberto Pérez Aguilar,		J.U.D. de	Hospitales Generales.
Dr. Salvador Sánchez Cruz,		Coordinador de	Imagenología.
Lic. Araceli Argueta Morales, Coordinadora de Trabajo Social.			

PLAN	DE	ACCIÓN
Se convocará a una reunión los primeros días de la tercera semana de febrero de 2003 en el	H.	G. Balbuena.
Se elaborará reporte con información de Soporte Técnico por parte del Coordinador de Rx de Nivel Central (Dr. Sánchez) como es estado actual de los equipos de TAC. Distribución de personal de TAC por turno y por hospital. Suficiencia de Insumos (placas de Rx., Revelador, Medio de Contraste, etc.) Suficiencia de medio de contraste. Calendarios de mantenimiento de Equipo de TAC.		

CONCLUSIÓN

Se realizará una minuta de trabajo, se establecerán acuerdos y se firmarán los compromisos. REUNIÓN CON DIRECTORES MÉDICOS Y JEFES DE TRABAJO SOCIAL PARA EFICIENTAR LA REFERENCIA DE PACIENTES A ESTUDIOS DE TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA.”

“Anexo VI.

MINUTA DE TRABAJO DE LA REUNIÓN:

En la Ciudad de México, Distrito Federal siendo las 10 horas del día 25 de Febrero del 2003, en la sala de juntas del Hospital General Balbuena, se llevó a cabo la primera reunión para establecer los lineamientos de referencia de pacientes que requieren estudios de tomografía axial computarizada,
...

Inició la reunión el Dr. Roberto Pérez Aguilar en representación del Dr. Carlos Vázquez Noriega, con la lista de asistencia de los participantes de la reunión e indicó que el objetivo de la misma es mejorar la referencia de pacientes que requieren estudios de Tac, y hacer mas eficiente, la prestación de este servicio y abatir tiempos de espera, evitar el diferimiento de los estudios y sobretodo el rechazo de pacientes en estado crítico. A continuación se pone a consideración de los presentes la propuesta por escrito de los lineamientos para el envío de pacientes a estudio de Tac además del diagrama de flujo de este proceso, los lieneamientos en general son aceptados haciendo énfasis por parte del

Dr. Gustavo Carbajal Aguilar de agregar Carta de Consentimiento Informado y Formato de No Alérgicos, sobretodo porque el estudio se realiza en pacientes críticos y en los niños existe la necesidad de la presencia de un Anestesiólogo para llevar a cabo el procedimiento (Dr. Arturo Capistran Guadalajara). En relación a los envíos de pacientes a Estudios de TTAC se enfatiza que la función de Trabajo Social sólo es de enlace entre el médico tratante y el responsable ya sea de Imagenología o del Asistente de la Dirección de la Unidad Hospitalaria de apoyo. Otro acuerdo es que se evite la Referencia de pacientes al medio privado; primero se deben agotar todos los recursos de apoyo de esta Secretaría y que al no obtener respuesta positiva, la segunda alternativa es el Instituto de Neurología y sólo en caso de negativa por parte de éste, ofrecer a los familiares el enlace con el medio privado bajo un convenio en el que, aparte de dar un precio especial, después de un número x de estudios se realiza uno sin costo, el cual es destinado a pacientes sin recursos económicos (TS Carmen Pérez Trabajo Social de Balbuena).

En ese aspecto el DR. Carvajal Aguilar menciona que el HG Xoco ha brindado 205 apoyos para estudio de TAC a otras Unidades del mes de Noviembre del 2002 al mes de Enero del presente año y que su tiempo de diferimiento no es más de 5 días en caso de estudios de rutina y de manera inmediata sí cuenta con personal técnico en ese turno para los estudios de urgencia, el Dr. Capistran menciona que no tiene diferimiento y la oportunidad para los estudios de rutina es de inmediato pero solicita que sean sólo pacientes pediátricos, sin embargo en caso de urgencia y de no tener apoyo en otra unidad del estudio se realiza a cualquier paciente. El Hospital Balbuena por medio de la Técnica Radióloga Gloria Pérez Reyes menciona que el diferimiento es de 3 a 5 días en caso de estudios de rutina y de manera inmediata si existe personal disponible en caso de estudios de urgencia. El Hospital Doctor Rubén Leñero por medio de la Dra. Campero Navarro, Coordinadora de los Servicios Auxiliares, menciona que aunque aún no hay un funcionamiento ideal del Servicio de TAC si han brindado apoyo en varias ocasiones desde la apertura de esta área y que éste se dará de manera regular en cuanto se terminen de capacitar al personal y exista abasto adecuado de los insumos para esta área por parte del nivel central.

El DR. Salvador Sánchez informa de la distribución de personal profesional y técnico por turno y por Unidad Hospitalaria, así como del estado que guarda el abasto de insumos y se hace mención sobre la problemática por escasez de medio de contraste, se menciona que sería adecuado que se haga la gestión para que el surtimiento del material de contraste se concentre principalmente en las Unidades de Apoyo. El Dr. Sánchez Cruz también menciona que el contrato de mantenimiento se vence el próximo día 28 de febrero de este año, y que ya se contrató a Empresas a partir del 1 de marzo; pero que estará pendiente de la licitación para informar tanto a las autoridades del Hospital como del Nivel Central de cualquier contingencia relacionada con los Tomógrafos. Con relación a los comentarios finales se menciona por parte de la Dra. González Bonilla de la necesidad de contar con médicos capacitados para realizar los traslados de pacientes en estado critico por el riesgo elevado que estos tienen ya que esto implica responsabilidad legal y en este momento se apoyan sólo en médicos Becarios (médicos Internos de Pregrado) que no tienen ni la preparación técnica, ni la responsabilidad para afrontar cualquier eventualidad que surja durante el traslado del paciente. Asimismo, se hace énfasis en que tampoco se cuenta con el recurso tecnológico ni el equipamiento necesario para llevar a cabo este desplazamiento de pacientes y que sería conveniente regular y establecer los criterios Técnicos Médicos,

para el traslado de pacientes en nuestra Secretaría como ya lo hacen en otras Instituciones principalmente el IMSS.

Por último se establecen los siguientes acuerdos:

1. - El envío de los pacientes a estudio de TAC será mediante el formato oficial, debidamente elaborado, con un diagnóstico que justifique la elaboración del estudio (de acuerdo con los lineamientos propuestos en esta reunión).

2. - Trabajo Social es quien lleva a cabo el enlace entre el médico tratante de la Unidad emisora y con el responsable de imagenología o en los turnos en que no se encuentre éste, el enlace lo hará con el Asistente de la Dirección de la Unidad Receptora.

3. - La Unidad Hospitalaria de apoyo brindará el mismo en base a su capacidad resolutive y solicita que la Unidad Emisora también especifique el tipo de apoyo que requiere ya sea sólo del estudio o bien del tratamiento integral del paciente.

4. Independientemente de la edad del paciente los Hospitales Legaría, Xoco y Balbuena darán el apoyo para realizar estudios de urgencia en los turnos que tengan suficiencia de recursos tanto físicos como humanos.

5. El Hospital General de la Villa y el Hospital General Balbuena enviarán a la Subdirección de Hospitales, la relación de pacientes referidos a estudio de TAC ya sea a las Unidades de Apoyo de esta Secretaría así como los enviados a medio privado de los últimos tres meses.

6. El Coordinador de Radiología del Nivel Central, se compromete a gestionar ante la Dirección General de medicamentos e insumos los recursos necesarios para cubrir las necesidades de los insumos indispensables para el funcionamiento adecuado de los Tomógrafos; sí como de gestionar la posibilidad de cubrir con recursos técnicos capacitados los turnos críticos en los Hospitales de Apoyo, y de informar sobre el nombre de la compañía responsable que dará el mantenimiento preventivo a los equipos de Tomografía en cuanto se adjudique el contrato una vez realizada la licitación para este fin.

7. Dar a conocer a todas las unidades Hospitalarias que conforman esta Secretaría de Salud del D.F. los turnos y los hospitales que pueden prestar apoyo para los estudios de TAC.

8. Asimismo, una vez que el Tomógrafo del HG Rubén Leñero se encuentre funcionando de manera normal, se hará una propuesta de regionalización para el envío de pacientes a estudio tomográfico.”

“Anexo

VII.

COPIA DEL CONTROL DEL SERVICIO DE TRABAJO SOCIAL

no.	Nombre	Sexo	edad	fecha	diagnóstico	serv
-----	--------	------	------	-------	-------------	------

	<i>del paciente</i>					
304	José Jasso Manzanares	masc	27	25- XI- 02	Se envía a TAC de y columna cervical	Dr. Carmen Neuro

“Anexo VIII.

México, D. F.; a 3 de abril de 2003.

DR. ARTURO
DIRECTOR DEL HOSPITAL

CAPISTRAN

GUADALAJARA

Por medio del presente, me permito informarle que el servicio de Tomografía, se encuentran cubiertas las ausencias programadas de los técnicos del servicio García Bravo Fernando y Arias Tovar Carlos con el personal del servicio de Radiología, al cual se le ha proporcionado el adiestramiento adecuado para el manejo de Tomógrafo. El personal seleccionado para cubrir estas ausencias son: Barrera Castro Gonzaloy Salcedo Jurado Renato Alejandro”

“Anexo IX.

HOSPITAL PEDIÁTRICO DE LEGARIA Anexa copia de la relación de pacientes atendidos durante el año del 2002 en el servicio de tomografía procedentes del Hospital General Doctor Rubén Leñero. (3 fojas).

"Anexo X.

DIAGRAMA DE FLUJO		DE ESTUDIOS DE TAC	
ESTUDIOS DE URGENCIA	HOSPITAL SOLICITANTE	ESTUDIOS PROGRAMADOS	
	Médico Tratante establece La Necesidad del estudio		
	Trabajo Social inicia trámite para la realización del estudio		
Trabajo Social enlaza al Médico	SI	Estudio Urgente	NO
			Trabajo Social enlaza al Médico tratante con el Jefe de

tratante con el Jefe de Servicio de Imagenología o con el Asistente de la dirección del Hospital de apoyo quien da el visto bueno y define el Horario para la realización del estudio				Imagenología del Hospital de apoyo quien de acuerdo a la disponibilidad del Servicio establece el día y la hora de la cita para el estudio
El Hospital Emisor envía al Paciente al estudio de Tomografía	Radiología realiza Tomografía con o sin Medio de Contraste			El Hospital Emisor envía al Paciente al estudio de Tomografía
	Se envía el Estado con o sin Interpretación al Hospital Solicitante			
	FIN			

Anexo XI.

México Distrito Federal a 27 de noviembre del 2002.

***DICTAMEN DE LA NECROPSIA DE JOSÉ GUILLERMO JASSO MANZANARES
SUSCRITO POR EL DR. RAMIRO PALAFOX VEGA Y EL DR. JOSÉ LUIS RIVAS
HERNÁNDEZ***

2.28. El 4 de abril de 2003, mediante el oficio número 06219, esta Comisión solicitó a la Secretaría de Salud del Distrito Federal, girara sus instrucciones a quien correspondiera a fin de que el doctor Alejandro Villatoro Martínez, se constituyera en el local de la Segunda Visitaduría General, para hacer de su conocimiento los hechos motivo de la queja y manifestara lo que su derecho conviniera.

2.29. El 8 de abril de 2003, se presentó en el local de la Segunda Visitaduría General el doctor Alejandro Villatoro Martínez, quien manifestó:

“En noviembre de 2002, de momento no recuerda la fecha exacta porque no tiene a la mano el expediente clínico, cuando él se encontraba en el Servicio de Urgencias en el Hospital General Doctor Rubén Leñero (HGRL), en el turno vespertino, el Asistente de la

Dirección, el doctor Cruz, le informó que venía un paciente de un reclusorio con características de un post paro cardiorrespiratorio por intento de suicidio por ahorcamiento. Cuando llegó al HGRL el paciente lo asistía una doctora con un ambú, la acompañaban un camillero y cuatro custodios. Él revisó que tuviera pulso, temperatura, frecuencia cardíaca que estuviera saturado normalmente, en el caso concreto era menos de 90.

La cánula que le pusieron en la Penitenciaría él la cambió porque había fuga, bajo la misma camilla del paciente lo conectó al ventilador, comenzó a oxigenarlo al 100%, una ventilación de 20 por minuto y se le calculó el flujo del ventilador por el peso del paciente. Después le colocó un cateter subclavio para tener una vía central porque llegó canalizado por una vía periférica, en un paciente así de grave lo ideal es tener una vía central. Inmediatamente después lo preparó para ingresar a terapia intensiva, lo que significa estabilizarlo en los signos vitales, inicio de tratamiento médico, toma de laboratorios, colocación de cateter central, solicitud para radiografía de tórax, la búsqueda de drogas de abuso, la valoración por terapia intensiva. Una vez hecho lo anterior elaboró su nota de ingreso al servicio. Una vez ya estabilizado el paciente y hecha la valoración respectiva, él pudo observar que el paciente tenía daño de descerebración, sin saber el grado de daño, y las probabilidades de vida. Tenían la duda de si el paciente había ingerido cocaína, razón por la cual ordenó los análisis respectivos y de los mismos resultó positivo en cannabis y a benzodiacepinas.

Él vio un paciente con muchos tatuajes, íntegro en la cuestión física, con respuesta al estímulo doloroso con descerebración, no hablaba porque estaba intubado, tenía ojos cerrados que se abrían al dolor, lo que da por resultado un Glasgow de 6. Solicitó la interconsulta a terapia intensiva, el personal de este servicio lo valoró y lo aceptaron por tanto se mandó a ese servicio. A partir de ese momento, es decir que el paciente ingresó al servicio de terapia intensiva, ya no volvió a verlo hasta el día del traslado.

El día del traslado, 25 de noviembre de 2002, estaba trabajando en el Servicio de Urgencias sólo porque no tenía interno de guardia, tenía 6 o 7 pacientes en la sala de observación más dos pacientes en tóxico y el doctor Cruz, Asistente de la Dirección, fue a verlo para pedirle si podía apoyarlo en un traslado de un paciente de neurocirugía para la realización de una tomografía que estaba aceptado en Hospital Legaria (HL). Asimismo, le indicó que antes de llevar a cabo el traslado fuera a valorar al paciente porque estaba algo grave.

*Fue a ver al paciente al piso de neurocirugía y logró observar: un paciente desnutrido porque los músculos estaban faltos de tono y aproximadamente había perdido unos 7 kilos del peso de cuando ingresó, conectado a un ventilador volumétrico, olía mal a pseudomona, **porque tenía una fuerte infección respiratoria**, mucha secreción fétida, tenía un Glasgow de 4 (no abría los ojos, no hablaba porque estaba intubado, mantenía la respuesta de descerebración), con signos vitales dentro de lo que cabe en límites, con una saturación de 89%, pero por las secreciones lo aspiraron y mejoró la saturación y se veía menos grave. Razón por la cual decidió sí hacer el traslado **porque consideró que sí lo ameritaba y aguantaba. Fuera de la sala se encontraban uno o dos custodios, no lo recuerda, y les informó que se iba a hacer el traslado y ellos lo iban a acompañar.***

Bajó a la ambulancia a revisar el equipo y material, que el monitor estuviera listo, que el oxígeno estuviera bien, que tuviera batería el monitor. El tanque de oxígeno estaba en $\frac{3}{4}$ lo que en términos normales duraría 40 minutos. Una vez que salieron del HGRL tardaron unos 10 o 12 minutos en llegar al HL. Él no se bajó de la ambulancia cuando llegaron al HL, el chofer y el camillero fueron a preguntar quién iba a recibir el paciente, cuando éstos regresaron le dijeron que no lo iban a recibir porque no había técnico, en ese momento se percató que el paciente comenzó a desaturarse, lo aspiró y mejoró, instantes después se percató que comenzó con bradicardia y se preguntó qué pasó vio el tanque de oxígeno y tenía la mitad, $\frac{2}{8}$ aproximadamente, la saturación había estado entre 92 y 95 y en ese momento ya estaba en 90 y 89. Optó por retirarse y regresarse muy rápido al HGRL, con torreta abierta, sirena y estroboscopios prendidos.

Durante el traslado iba acompañado de un custodio que le decía échale ganas doc, porque para ese entonces la saturación bajó a un 60% y se asomó a ver el tanque de oxígeno nuevamente y éste ya estaba vacío (sin saber por qué, desconoce la causa, si fue porque el tanque tenía una fuga o en bien la manguera de conexión) el paciente cayó en paro cardiorrespiratorio a la altura del Colegio Militar, le puso medicamentos (adrenalina y atropina) y le dio las maniobras de RCP avanzada, pero el paciente ya no respondió por lo que murió. De regreso se tardó también unos 10 o 12 minutos y fuera del HL estuvo unos 3 minutos. Tomó la decisión de regresarlo al HGRL porque en el HL no hay ventiladores para adultos, entonces no tenía caso dejarlo en ese hospital donde no se le proporcionaría la atención médica adecuada.

En el traslado lo acompañó un camillero, el chofer y un custodio, pero en cuanto a personal capacitado de apoyo iba solo porque no lo asistió personal de enfermería intensivista, un técnico en urgencias médicas (paramédico), lo cual sería ideal para una adecuada atención. En el HGRL los traslados únicamente los hacen los médicos, porque no tienen el personal de apoyo que mencionó.

La nota de traslado, es decir la hoja donde se anota el estado que tiene el paciente antes de salir al traslado así como la hoja donde se anota el estado del paciente del hospital de donde sale, no se hace en el HGRL, no se acostumbra a realizar ese documento en el Sector Salud del Distrito Federal, sí se elabora en los hospitales privados y al parecer en el IMSS.”

2.30. El doctor Alejandro Villatoro Martínez, actualmente funge como Coordinador Vespertino en el Servicio de Urgencias en el Hospital General Doctor Rubén Leñero, dentro de su historial académico destaca lo siguiente:

- *Especialidad médico quirúrgicas.*
- ***Diplomado en terapia intensiva neurológica.***
- ***Instructor de soporte básico para la vida.***
- *Instructor de reanimación cardiopulmonar avanzada, avalada por la American Association.*

- *Profesor de la materia médico quirúrgicas del Instituto Politécnico Nacional.*
- *5 Semestre de la Maestría de Investigación Clínica en el Instituto Politécnico Nacional.*
- *Exmiembro del Comité de Certificación del Consejo Mexicano de Medicina de Urgencias.*
- *Otros.*

2.31. Con relación a los hechos motivo de la presente recomendación el doctor Emiliano Acosta González, visitador adjunto adscrito a la Segunda Visitaduría General de esta Comisión, emitió la siguiente opinión:

“1. Antecedentes

Los datos utilizados para el estudio y análisis que comprende la presente opinión, fueron obtenidos de los siguientes documentos:

1.1 Parte Informativo del Técnico Penitenciario Julio Martínez Rivera, de fecha 12 de noviembre de 2002, dirigido al Subdirector Jurídico de la Penitenciaría del Distrito Federal, en el que informó lo siguiente: <<siendo las 16:20 horas aproximadamente del día de la fecha, y estando en servicio en el Dormitorio Uno Zona 4 (Área de Psiquiátricos), al realizar un rondín de vigilancia por el pasillo de la Zona 4 me percaté que en la Estancia No. 3 donde se encuentra el interno José Guillermo Jasso Manzanares, éste se encontraba al fondo de su estancia “colgado del cuello con un pedazo de cable de luz eléctrica”. Por lo que procedí a solicitar apoyo del Rondín el cual se presentó con el C. Jefe del Primer Grupo Julio Espinoza Escamilla y se procedió a tomar signos vitales, siendo positivos, por tal motivo se descolgó de inmediato y fue llevado al Servicio Médico para que recibiera los primeros auxilios...>>. En este mismo documento se registró que la salida del presunto agraviado, de la Penitenciaría del Distrito Federal hacia el Hospital General Doctor Rubén Leñero fue a las 17:50 horas del día del incidente.

1.2 Hoja de Referencia y Contrareferencia de fecha 12 de noviembre de 2002, firmada por los doctores Jesús Castro Pantoja y Gabriel Martínez Sandoval —adscritos a la Unidad Médica de la Penitenciaría del Distrito Federal y Jesús Arreguín Porras, Director de la citada Unidad, en la cual manifestaron que: <<Se trata de paciente interno masculino de 27 años de edad quien intentó suicidio por ahorcamiento, llegando al servicio inconsciente, cayendo en paro cardiorespiratorio —cese de las funciones del corazón y los pulmones—, por un espacio aproximado de cinco minutos, al momento de las maniobras de resucitación cardiocerebropulmonar no se valoran datos de daño neurológico por prob. estado de intoxicación, se coloca intubación y a través de las maniobras responde favorablemente, con respirador automático pero con evidentes signos de automatismo —respiración espontánea—. A la EF. —Exploración física—, se observa inconsciente, con huella evidente de surco de ahorcamiento, oblicuo, incompleto, de aproximadamente medio centímetro de grosor y por arriba del hueso hioides —manzana de Adán—. Debido a su estado y evolución, consideramos conveniente realizar el traslado a una unidad de segundo nivel para terapia intensiva>>.

En ese mismo documento se mencionó que el tratamiento inicial fue: <<Maniobras de RCCP —resucitación cardiocerebropulmonar—, 2 amps. de artropina IV., 2 amps. de adrenalina, 14 amps. de bicarbonato (Se retira el respirador automático por presencia de automatismo —respiración espontánea—). Aspiración de secreciones>>.

Los diagnósticos para el traslado fueron: <<Intento de suicidio (por ahorcamiento). Paro cardiorespiratorio secundario, desc. daño neurológico y desc. lesión traqueal>>.

En la hoja de Referencia y Contrareferencia, se observa en la parte superior derecha la leyenda <<Urgente. Reciben: El Dr. Villatoro y el Dr. Cabrera>>. En la parte de abajo se observan dos sellos ambos del Hospital General Doctor Rubén Leñero, uno de “Admisión” y el otro de la “Dirección”.

1.3 Nota de ingreso a choque y envío a UTI —unidad de terapia intensiva—, del Hospital General Doctor Rubén Leñero, de las 19:55 horas del día 12 de noviembre de 2002, firmada por el doctor Alejandro Villatoro Martínez, en la que se asienta que: <<Masculino de 27 años interno en el Penal de Santa Marta Acatitla... es traído por ambulancia del reclusorio, con ambú... —respirador manual—, y en condiciones regulares, en su ingreso al servicio con T.A. de 100/70 —presión arterial dentro de límites normales—; F.C. 85 X min. —frecuencia cardiaca ligeramente elevada—; F.R. 24 Xmin. —frecuencia respiratoria ligeramente elevada—, pero con ambú... se coloca en AMV —apoyo mecánico ventilatorio, respirador—, en sitio controlado con saturación de 95% —captación dentro de límites normales, de oxígeno por los pulmones y de estos al torrente sanguíneo para oxigenar órganos y tejidos—, posterior a conexión AVM. Se coloca cateter subclavio —sonda delgada que se inserta en la arteria subclavia, para introducir de manera directa soluciones o medicamentos—, sin contratiempos y se solicita RX de control —radiografía para confirmar que la ubicación del cateter subclavio sea la correcta—, así como valoración por UTI siendo aceptado...>>

<<Se reporta en hoja de envío que el paciente tiene estado postparo cardiorespiratorio secundario a ahorcamiento y aparentemente intoxicación (por cocaína), se solicita screen toxicológico —determinación de sustancias tóxicas en sangre—... no siendo presenciado el evento y cuando llega a la enfermería del reclusorio presenta paro cardiorespiratorio de aprox. 5 min. saliendo con maniobras básicas y avanzadas de reanimación, mejorando posterior a 2 adrenalinas 2 atropinas y 14 ámpulas de bicarbonato —el procedimiento de reanimación cardipulmonar implica el masaje cardíaco, la respiración asistida, la aplicación de medicamentos como atropina, adrenalina y bicarbonato de sodio para que el corazón y los pulmones recuperen su función y se contraresten los efectos químicos negativos de la sangre que deja de oxigenarse—>>.

<<Ingreso estuporoso —estado de inconsciencia parcial con ausencia de movimientos y reacción a los estímulos—, con respuesta de descerebración al estímulo álgico —cuando hay datos de descerebración, al provocar dolor en alguno de los miembros superiores, éstos se extienden y rotan colocándose el dorso de la mano en posición visible —, con pupilas de 2 mm. reactivas a la luz, con cánula —sonda— endotraqueal permeable —que permite el libre paso de aire—, y algunas secreciones sanguinolentas...respiratorio sin alteraciones, ventilando ambos hemitórax —entra aire a ambos pulmones—, con

saturación de 98% en este momento cardiovascular con T.A 120/70 y F.C de 86 X min.; abdomen blando depresible, no doloroso peristalsis presente —movimientos intestinales—, se coloca SNG —sonda naso gástrica, para proporcionar alimentación—, renal se coloca sonda de Foley —sonda para canalizar orina de la vejiga a un recipiente, donde se mide la cantidad del líquido—, sin alteraciones, tegumentario con múltiples tatuajes en cara anterior de tórax, miembros torácicos y miembros pélvicos, llenado capilar distal de 2 “ — tiempo de que tarda la sangre en llegar a una zona donde previamente se realizó una compresión mecánica, en la planta del pie por ejemplo, el tiempo señalado es normal—, es valorado por UTI y aceptado>>.

En la nota médica aludida se elaboró la siguiente impresión diagnóstica: <<estado post-parocardiorespiratorio, descerebración secundaria — cuando hay datos de descerebración, al provocar dolor en alguna zona del cuerpo, los miembros superiores se extienden y rotan colocándose el dorso de la mano en posición visible; es un término médico de uso frecuente para caracterizar una situación clínica neurológica en la que se encuentran dañadas algunas estructuras cerebrales, especialmente la corteza cerebral y que en este caso se debió a la falta de oxígeno en el encéfalo, originado por el paro cardiorespiratorio secundario al ahorcamiento—, a descartar lesiones en columna cervical, a descartar intoxicación por cocaína>>.

1.4 Nota de ingreso a la unidad de cuidados intensivos —UCI—, del 12 de noviembre de 2002, firmada por los doctores Cabrera Colón, Lourdes Chacón y Cerón. En la que se anota lo siguiente:

<<**Ingres**a masculino de 27 años de edad, vía urgencias y procedente del CERESO Santa Martha Acatitla.

Antecedentes: interno del Cereso de Santa Martha Acatitla. Al parecer es farmacodependiente. PA —padecimiento actual—. Hoy en el reclusorio, (desconocemos la hora) y al parecer bajo los efectos de intoxicación intentó suicidarse por ahorcamiento, recibe primeras medidas en la propia Unidad Médica del CERESO, donde presenta paro cardiorespiratorio durante 5 minutos, se inició maniobras de RCP —reanimación cardiopulmonar—, básicas y avanzadas logrando que el paciente tenga automatismo respiratorio, no así el estado de conciencia, en tales condiciones es referido a esta unidad para soporte cerebral avanzado temprano y tardío. Se nos solicita IC —interconsulta—, y decidimos su ingreso a el servicio.

E.F. —exploración física—. Vitales, T.A. 90/50, F.C 110 X min., F.R. 30 Xmin., saturación del 90% con FIO2 al 100% —fracción inspirada de oxígeno al ciento por ciento esto garantiza que el paciente reciba la mayor cantidad der oxígeno posible mediante el ventilador, para que la saturación, la concentración de oxígeno en el torrente circulatorio, sea lo más cercano al 100%, pero por arriba del 90% de oxígeno, se considera aceptable—, T 36 °C, inconsciente, glasgow de 6 puntos —la escala de Glasgow mide (en tres esferas apertura ocular, respuesta verbal y respuesta motora, en este caso fue 3, 1 y 2, lo que da los 6 puntos), con un máximo de 15 puntos la función neurológica; entre más alto sea el puntaje, se acerca al funcionamiento neurológico normal de un paciente—, intubado, conectado al VV —ventilador volumétrico, es un respirador automático que introduce una cantidad constante y de concentración predeterminada, de oxígeno a los pulmones y

mantiene al organismo con una saturación (oxigenación) óptima—. Al estímulo doloroso signos de descerebración, pupilas mióticas —contraídas—, con respuesta lenta a la luz, conjuntivas hidratadas y de buen color. Los CsPs —campos pulmonares—, con estertores gruesos transmitidos —sonidos anormales en los pulmones, provocados por la acumulación de secreciones—, se aspiran abundantes secreciones de aspecto asalmonado —color rosa, probablemente por presencia de sangre en las secreciones—, el Cor —corazón—, con hiperdinamia de 110 por minuto —aumento de la frecuencia cardíaca—, sin alteraciones del ritmo.

El abdomen sin signos de irritación peritoneal y sin megalias —crecimiento anormal de vísceras, como hígado o riñón por ejemplo—, hipoperistalsis —disminución de la movilidad intestinal—, genitales tiene sonda de Foley por donde drena orina de aspecto normal, MsIs —miembros inferiores—, con pulsos pedios presentes —presencia de latidos arteriales en los pies, significa que hay irrigación sanguínea adecuada—, buen llenado capilar —la sangre circula adecuadamente—. Tiene múltiples tatuajes y dos heridas no recientes en antebrazo izquierdo. En cuello surco de ahorcamiento de 0.4 mm. de grosor. Hasta este momento no cuenta con laboratorio ni RX —radiografías—. No tiene EKG —electrocardiograma—.

ID —impresión diagnóstica—. Intento de suicidio por ahorcamiento. Encefalopatía anoxoishémica —lesión cerebral producida por la disminución intracránea del flujo sanguíneo y de ausencia de oxígeno—. La isquemia es la disminución del flujo circulatorio, la hipoxia es la disminución de oxígeno disponible en la sangre, la anoxia es la ausencia de oxígeno en la sangre, cuando una combinación de estos factores se presenta, el organismo echa a andar diversos mecanismos de defensa en todos los tejidos del cuerpo (respuesta inflamatoria), siendo las células cerebrales las más susceptibles y las que más prontamente se destruyen, al prolongarse por más de cinco minutos la anoxoishemia, pero todos los tejidos del cuerpo sufren algún tipo de daño—: Descerebración cerebral. Fármaco dependencia probable, posible depresión mayor.

***Plan:** medidas antiedema cerebral —aplicación de soluciones y fármacos para proteger a las neuronas del cerebro y sus funciones, de los posibles efectos de un edema (presencia anormal de fluidos en el tejido nervioso), frecuente en los casos de anoxoishemia—, se somete a coma barbitúrico —sedación profunda con barbitúricos (fármacos con acción sedante y anestésica). Para evitar la sobreexcitación del sistema nervioso y lograr una relajación muscular que permita un mejor manejo de este tipo de pacientes-, y antibioticoterapia, así como soporte ventilatorio. Mañana se solicitará TAC —tomografía axial computarizada, imagen de las estructuras del cerebro que sirve para evaluar las zonas dañadas—EEG y potenciales evocados, —electroencefalograma, con medición particular de los flujos de la actividad eléctrica cerebral de algunas zonas específicas—.*

Estado de salud: grave.
Pronóstico: diferido a evolución.
No se cuenta con familiares para informes.
Tiene custodia permanente.

1.5 Notas médicas de evolución durante la estancia hospitalaria —cama número 5 de la unidad de cuidados intensivos, con número de expediente clínico 21425—, de los siguientes días del mes de noviembre de 2002, día 14 a las 19:00 h., firmada por los doctores Bertín Cabrera Colón y Chacón donde el paciente se encuentra con los siguientes signos vitales TA --tensión arterial-- 90/60, FC--frecuencia cardiaca--98 latidos por minuto, FR--frecuencia respiratoria--16 por minuto, T—temperatura-- 37° C, con otras mediciones como PVC —presión venosa central—, de 10 —dentro de límites normales—, Sat —saturación de oxígeno en la sangre—, -85% —dentro de límites normales—, se mantiene en sedación continua y soporte mecánico ventilatorio, sin cambios relevantes desde el punto de vista neurológico, hemodinámico y ventilatorio; día 15 a las 5:25 h., firmada por el doctor M. A. Maldonado R. En donde refiere que el paciente se encuentra con signos vitales normales, salvo hipotensión —disminución de la tensión arterial—, a las 03:00 horas corrigiéndola con solución salina e incremento de dopamina —fármaco vasopresor—, además de referir flujos urinarios elevados; 12:55 h., sin firma, donde se encuentra al paciente con signos vitales estables, sin sedación, diuresis —excreción urinaria por efecto de medicamentos—, alta, sin respuesta al dolor, sin reflejos pupilares y con collarín, se solicita interconsulta a columna y a neurocirugía; 18:15 h., firmada por los doctores Bertín Cabrera y Chacón se encuentra con los siguientes signos vitales: TA 116/71, FC 77 por minuto, FR 16 por minuto, T 37.5°C, PVC 10, Sat 95%, todos dentro de límites normales, sin aparente actividad neurológica después del retiro de sedación; día 17 a las 13:00 horas, firmada por el doctor Enrique Bertín Cabrera Colón en donde refiere que el paciente se encuentra otra vez en estado de coma por sedación y que presentó fiebre 24 h antes, continúa sin respuesta a estímulos y sin reflejos; día 18 a las 13:00 h., firmada por los doctores Arellano y Gaytán en donde encuentran los siguientes signos vitales TA 135/70, FC68 por minuto, Sat al 96%, se menciona encontrarlo sin efectos de sedantes con semiapertura palpebral —de los párpados—, escasa respuesta a los reflejos, desviación de la mirada hacia arriba, respuesta de descerebración, no obedece órdenes y no dirige la mirada al explorador, además se menciona que acudió ortopedia quien evaluó el caso pero refiere que las placas tomadas son de mala calidad y que se le tomen nuevas placas transorales para valorar C1 y C2 —primera y segunda vértebras cervicales—; día 18 a las 18:45 h., firmada por los doctores Enrique B. Cabrera Colón, Lourdes Chacón y María Teresa Manzanares Córdova y por el padre del paciente, señor José Jasso Hernández en donde se les informa a los familiares del estado de salud de José Guillermo, del mismo día 18 a las 20:00 hrs., firmada por los doctores Bertín Cabrera y Chacón encontrándose con los siguientes signos vitales TA 160/90, FC 73 por minuto, FR 18 por minuto, T 36°C, PVC 9, Sat 94%, neurológicamente con apertura palpebral espontánea y al estímulo álgico, reflejos ausentes, requiere de traqueostomía considerando la prolongada permanencia de la intubación; del día 19 a las 8:55 h., firmada por el doctor Carmona del servicio de Neurocirugía donde menciona que se encuentra en coma; del día 19 a las 10:00 h., firmada por el doctor Gaytán P.; del día 19 a las 19:30 h., firmada por los doctores Enrique Bertín Cabrera Colón y Chacón; del día 20 a las 18:30 h., firmada por el doctor Enrique Bertín Cabrera Colón, el mismo día 19 de noviembre de 2002, en el informe de del estudio toxicológico se señalan los siguientes resultados: benzodiazepinas positivo, cannabis positivo, cocaína negativo y anfetaminas negativo; 21 a las 15:00 h., firmada por el doctor Enrique Bertín Cabrera Colón, en esta nota médica destacan de esta nota los siguientes datos: da positivo a cannabis —marihuana— el estudio de perfil toxicológico solicitado por los médicos tratantes, aún están pendientes los estudios de TAC y de

potenciales evocados para confirmar la lesión neurológica, se le realizara traqueostomía —procedimiento quirúrgico sencillo para introducir una cánula (sonda) directamente en la tráquea que permite mejor manejo de la ventilación y de las secreciones—. Continúa reportado como grave y con pronóstico malo para la vida y la función. Del día 22 a las 11:10 h., firmada por el doctor J. Gaytán P., matrícula 673089, en la que se anota que al paciente le realizaron la traqueostomía, misma que funciona adecuadamente y que se encuentra en coma vegetativo —entidad clínica caracterizada por pérdida de la consciencia, sin ningún tipo de relación deliberada con el mundo que rodea al paciente y por ausencia de respuesta a estímulos auditivos, dolorosos, pero con actividad de las funciones orgánicas básicas, respiración, latidos cardíacos, funcionamiento hepático y renal fundamentalmente—;

Del día 25 a las 8:15 h., <<Nota de Neurocirugía. Veo paciente masculino que es egresado por UTI, el día 22 de Nov., en horas de la tarde, ya conocido por el servicio por interconsulta previa. Ahora se encuentra en estado de coma con un E. De G. de 4 puntos —Escala de Glasgow—. Con rigidez de descerebración a el estímulo doloroso, con automatismo resp., con reflejo corneal presente ya con traqueostomía y con nebulizador, los signos vitales dentro de parámetros normales. No cuenta con estudios de imagen, por lo que se solicita TAC de cráneo y de col. Cervical. Para especificar lesión neurológica y nivel. Se suspende sol. —solución—, y mantenemos mismo esquema de tratamiento por el momento y una vez con el estudio se ajustará el mismo>>. Firmada por el doctor Fernando Yuri Carmona.

1.6 Indicaciones médicas, resultados de laboratorio, hoja de enfermería, registro clínico de enfermería y notas de trabajo social. De los días: 12 de noviembre notas realizadas en el Servicio de Urgencias, de este día no hay gráfica de enfermería ni hoja de trabajo social. De los días 12 y 13 de noviembre, notas realizadas en la Unidad de Terapia Intensiva, no hay gráficas de enfermería. De los días 14 y 15 de noviembre, no hay gráficas de enfermería. Del día 16 de noviembre no existen nota médica, indicaciones médicas, tampoco hoja y gráfica de enfermería. De los días 17 y 18 de noviembre no hay gráficas de enfermería. De los días 19 y 20 de noviembre no hay gráficas de enfermería. Del día 22 de noviembre. De los días 23 y 24 de noviembre no hay hojas de notas médicas, tampoco de indicaciones médica, ni hojas de enfermería. Del día 25 de noviembre.

1.7 Nota médica elaborada en el Servicio de Neurocirugía, el 25 de noviembre de 2002, firmada por el doctor Villatoro —1774769— En la que se anota lo siguiente: <<Nota de alta por defunción. Fecha de ingreso y diagnósticos: 12 de noviembre de 2002. Estado postparocardiorespiratorio, descerebración secundaria. Encefalopatía anoxo-isquémica. A desc. lesión columna cervical y depresión mayor.

Fecha de egreso: 12 noviembre 2002 (debe decir 25 de noviembre 2002). Se trata de paciente masculino de 27 años, el cual acude a servicio por traslado de Reclusorio, de Santa Marta Acatitla, ya que el paciente era recluso. Posterior a paro cardiorrespiratorio, secundario a que el paciente se ahorcó. A su ingreso a urgencias, con glasgow 6, e ingresa a terapia donde permanece 12 días es egresado a piso de Ngx —Neurocirugía—, donde se envía a TAC de cráneo para determinar estado (?), se lleva al Hospital de Legaria donde el paciente es rechazado porque no hubo técnico para realizar la TAC y donde el asistente

de la Dirección no desea firmar la nota refiriendo que no se aceptaba el paciente, a su regreso inicia con bradicardia secundario a desaturación —disminución de la concentración de oxígeno que ingresa al organismo, lo que provoca diversos cambios metabólicos desfavorables para el paciente—, (no había suficiente oxígeno en el tanque de la ambulancia), y cae en paro cardiorespiratorio que no responde a las medidas convencionales de reanimación 2 atropinas 1 adrenalina... Al inicio del traslado el paciente tenía TA de 160/90; FC 98 X min., FR 24 X min., y saturado al 80%, se inicia traslado, pero ocurren los inconvenientes ya comentados no se expide causa de muerte ya que es caso médico legal.>>

1.8 Nota Médica, de egreso por defunción, elaborada en el Servicio de Neurocirugía, probablemente el 25 de noviembre de 2002, firmada por el doctor Fernando Yuri Carmona en la que en lo sustancial se anota lo siguiente: <<... refiriéndose a esta unidad —Hospital Rubén Leñero—, para soporte cerebral avanzado temprano y tardío, al ingreso de UCI con glasgow 6 puntos, intubado conectado a ventilador volumétrico, estímulo doloroso con signo de descerebración, pupilas mióticas con respuesta a la luz, conjuntivas hidratadas, con presencia en cuello con surco de ahorcamiento de 0.4 mm. de grosor... con estertores gruesos transmitidos y abundantes secreciones asalmonadas, precordio —zona del corazón—, con hiperdinamia de 110 X min., abdomen sin datos de irritación peritoneal sin megalias... se inicia manejo con medicamentos antiedema, sometiéndose a coma barbitúrico y antibióticos además de soporte ventilatorio, evolución tórpida —con altas y bajas en la situación clínica—, sin signos de estabilidad hemodinámica, neurológicamente sin cambios por lo que es egresado de UCI el 22 de noviembre de 2002, e ingresado al Servicio de Neurocirugía, su evolución persiste sin cambios en su estado neurológico, solicitándose el 25 —de noviembre de 200—, estudio de TAC craneal para (?) diagnóstico y manejo terapéutico, sin poder realizarse por presentar nuevamente paro cardiorespiratorio en el traslado al estudio por lo que se regresa, por no presentar respuesta a maniobras de reanimación, dándose por fallecido el 25 de noviembre de 2002 a las 16:30 horas.>>

1.9 informe del Director del Hospital Rubén Leñero, doctor Rolf Willy Meiners Huebner, fechado el 25 de marzo de 2003, donde se manifiesta que: <<Con relación al expediente CDHDF/122/02/IZTP/P5400.000 con oficio N°05228 del 18 de marzo recibido en nuestro Hospital el 20 de marzo, le informo lo siguiente:

Con respecto a los incisos solicitados.

a) Era necesario tomar una TAC por el estado de salud y tipo de lesión que presentaba el paciente y el hospital en ese tiempo no contaba con este recurso.

b) La unidad en la que fue trasladado contaba con el material mínimo necesario.

c) La ambulancia en la que se trasladó, es una ambulancia de Urgencias, de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-020-SSA2-1994.

d) El tanque de oxígeno con que cuenta la ambulancia es de por lo menos de 3 litros por metro cúbico, con manómetro, flujómetro y humidificador, suficiente para el caso.

e) Las coordinaciones para los estudios Tomográficos ya están establecidas por nuestra Dirección General y en este caso, como en otros se establecieron las coordinaciones adecuadas entre el Hospital Rubén Leñero y Legaria como lo marca la Norma.

f) En todo momento se mantuvo informado a los familiares de la gravedad del paciente, pronóstico y riesgos como lo demuestra el propio expediente clínico, en que hay firmas de conocimiento y consentimiento de sus familiares.

g) El traslado se llevó a cabo el día 25 de noviembre a las 15:45 hrs. con el personal adecuado incluyendo un médico especialista en Urgencias Médico Quirúrgicas.

Comentario final:

El paciente llegó a nuestro Hospital después de haber presentado un paro cardiorrespiratorio secundario a ahorcamiento del reclusorio donde fue enviado, el cual fue reversible a las maniobras de resucitación, y las condiciones en que llegó fueron graves con un deterioro neurológico importante, en estado comatoso con un Glasgow de 6, con encefalopatía anoxo-isquémica severa y descerebración secundaria, al cual se le dieron todas las atenciones de alta calidad médica y humanitaria pero que por la evolución natural de este tipo de lesiones, el desenlace fatal a corto plazo, era predecible.>>

1.10 Acta circunstanciada de fecha 4 de abril de 2003, en la que se informó de la diligencia realizada en el Hospital General Doctor Rubén Leñero-

1.11 Acta circunstanciada de fecha 8 de abril de 2003, en la que se da cuenta de la entrevista con el doctor Alejandro Villatoro Martínez, en las oficinas de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal.

1.12 Informe complementario enviado por la Directora General de Servicios Médicos y Urgencias de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, recibido en esta Comisión 7 de abril de 2003.

*De éste, destaca el **Dictamen de Necropsia de José Guillermo Jazzo Manzanares, realizado el 27 de noviembre de 2002, en el Servicio de Patología del Hospital General Doctor Rubén Leñero, por los doctores Ramiro Palafox Vega y José Luis Rivas Hernández***

*Y donde sustancialmente se manifestó que: <<**LESIONES AL EXTERIOR. Se observa en la cara anterior del cuellodiscreto surco de de veite centímetros de longitud y de cero punto cuatro centímetros de ancho es incompleto, por arriba del cartílago tiroides, horizontal que va de la región infraauricular izquierda a la región infraauricular del lado derecho, sin huellas de lesiones recientes y zona de descamación a la derecha de la línea media. Se aprecia herida transversal en la misma cara anterior del cuello de dos punto cinco centímetros de longitud afrontada con material de sutura, de las utilizadas para traqueostomía por la que drena material de aspecto grumoso mucopurulento de color café amarillento no fétido. Una herida más en la región clavicular localizada a cuatro***

centímetros a la derecha de la línea media que mide cero punto cinco centímetros de diámetro de las utilizadas para venopunción subclavia. **APERTURA DE CAVIDADES. CRÁNEO.** Los tejidos epicráneos no muestran alteraciones. A la apertura de la cavidad, los huesos de la bóveda y la base del cráneo sin trazos de fractura. Las meninges íntegras sin alteraciones. El encéfalo pesa mil cuatrocientos cincuenta gramos, al exterior se observa ensanchamiento de los surcos, aplanamiento de las circunvoluciones y acentuada congestión vascular subaracnoidea. Al corte de la sustancia gris es de color café rojizo congestiva y la sustancia blanca con fino puntilleo hemorrágico difuso...El cerebelo al exterior se observa congestión vascular subaracnoidea. Al corte la sustancia gris es de color rojizo. —Estos hallazgos son la expresión anatomopatológica del proceso de anoxisquemia que sufrió el cerebro de José Guillermo por espacio de cinco minutos, en otras palabras, desde el momento que presentó el primer paro cardio respiratorio su cerebro sufrió daños irreversibles en amplias zonas—. **CUELLO.** Al exterior, lo descrito en lesiones exteriores. Al corte tejido subcutáneo, las masas musculares y los grandes vasos sin alteraciones. El hueso hioides y el cartílago tiroides se encuentran íntegros sin lesiones aparentes. La glándula tiroides sin alteraciones... A la apertura de la tráquea se observa moderada cantidad de material mucoide amarillento, espeso que ocupa parcialmente la luz, la mucosa de color rojizo congestiva en todo su trayecto. La columna cervical se encuentra íntegra y sin huella de lesiones. **TÓRAX.** ... A la apertura de la cavidad. Las cavidades pleurales se encuentran vacías, los pulmones al exterior de color rosa pálido con antracosis subpleural difusa y zonas de puntilleo hemorrágico difuso (petequias) subpleurales de predominio basal. El pulmón derecho pesa quinientos gramos y el izquierdo cuatrocientos noventa gramos. A la apertura de la vía aérea los bronquios primarios y de pequeño calibre se encuentran ocupados por material de aspecto mucoide de color amarillento espeso que obstruye parcialmente la luz. El parénquima pulmonar de aspecto congestivo, crepitante, de color rojo vinoso y con escurrimiento hemático —como ocurrió con el cerebro, estos hallazgos son la expresión anatomopatológica del proceso de anoxisquemia que sufrieron los pulmones de José Guillermo por espacio de cinco minutos y situación que se agravó por la presencia de las secreciones de las vías respiratorias (quizá por infecciones oportunistas, frecuentes en estos casos), dicho de otra manera, desde el momento que presentó el primer paro cardio respiratorio sus pulmones sufrieron daños en amplias zonas—**CONCLUSIÓN. JOSÉ GUILLERMO JASSO MANZANARES FALLECIÓ, DE EDEMA AGUDO PULMONAR Y EDEMA AGUDO CEREBRAL, CONSECUATIVO A ASFIXIA SEGÚN CONSTA EN EXPEDIENTE CLÍNICO. LESIÓN QUE SE CLASIFICA COMO MORTAL.**

2. Estudio de los documentos considerados en el punto anterior

2.1. Cuadro. Resumen por orden cronológico de las notas médicas estudiadas.

NOVIEMBRE	NOTA MÉDICA Y LABORATORIO	INDICACIONES MÉDICAS	HOJA DE ENFERMERÍA	REGISTRO CLÍNICO	NOTAS TRABAJO SOCIAL 1	OBSERVACIONES
12 19:55 h.	URGENCIAS LABORATORIO	SI	SI	NO	NO	Interconsulta a terapia intensiva

	<i>SI</i>					
<i>12</i> <i>20:45 h.</i>	<i>TERAPIA</i> <i>INTENSIVA</i> <i>LABORATORIO</i> <i>SI</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>	<i>NO</i>	<i>NO</i>	<i>Paciente grave pronóstico según evolución se solicitó tac, eeg y rx. Columna cervical</i>
<i>13</i> <i>6:40 h.</i>	<i>TERAPIA</i> <i>INTENSIVA</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>	<i>NO</i>	<i>NO</i>	
	<i>LABORATORIO</i> <i>SI</i>					
<i>13</i> <i>13:00</i>	<i>TERAPIA</i> <i>INTENSIVA</i>	<i>MISMAS DE LA MAÑANA</i>	<i>NO</i>	<i>NO</i>	<i>NO</i>	
<i>13</i> <i>20:15</i>	<i>SI</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>	<i>NO</i>	<i>NO</i>	
<i>14</i> <i>12:10 h.</i>	<i>SI</i> <i>LABORATORIO</i> <i>SI</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>	<i>NO</i>	<i>SI</i>	<i>No se anotaron signos vitales se tomo rx. columna cervical. no la revisó el especialista</i>
<i>14</i> <i>19:00 h.</i>	<i>SI</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>	<i>NO</i>	<i>SI</i>	
<i>15</i> <i>5:25 h.</i>	<i>SI</i> <i>LABORATORIO</i> <i>SI</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>	<i>NO</i>	<i>NO</i>	<i>No se anotaron signos vitales pronóstico grave para la función y la vida</i>
<i>15</i> <i>12:55 h.</i>	<i>SI</i>	<i>MISMAS DE LA MAÑANA</i>	<i>NO</i>	<i>NO</i>	<i>NO</i>	<i>Se solicitó interconsulta a neurocirugía y columna</i>
<i>15</i> <i>18:15 h.</i>	<i>SI</i>	<i>MISMAS DE LA MAÑANA</i>	<i>NO</i>	<i>NO</i>	<i>NO</i>	
<i>16</i>	<i>NO</i>	<i>NO</i>	<i>NO</i>	<i>NO</i>	<i>NO</i>	<i>No hay notas médicas, laboratorio si</i>
<i>17</i> <i>13:00 h.</i>	<i>SI</i> <i>LABORATORIO</i> <i>SI</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>	<i>NO</i>	<i>SI</i>	<i>no se anotaron signos vitales, excepto fc. pronóstico malo</i>
<i>18</i>	<i>SI</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>	<i>NO</i>	<i>NO</i>	<i>Los primeros rx</i>

13:00	LABORATORIO SI	SE SOLICITÓ RX. COLUMNA CERVICAL TRANSORAL				no fueron adecuados por lo que el especialista los solicita nuevamente se reportó que el aparato de rx no funciona
18 18:45 h.	SI	SI	NO	NO	NO	Se informó a los familiares de la situación clínica del paciente no se anotaron signos vitales
18 20:00 h.	SI	SI	NO	NO	NO	Los médicos informaron que el paciente requiere de traqueostomía
19 8:55 h.	NOTA DE NEUROCIRUGÍA LABORATORIO SI	SI	NO	NO	SI	El neurocirujano solicitó la realización de tac. pues hasta el momento no se ha realizado
19 13:15 h.	SI LABORATORIO SI	SI	NO	NO	SI	Signos vitales estables, los resultados del examen toxicológico resultaron positivos para benzodicepina y marihuana.. el tac se programó a las 14:30 h. los potenciales evocados no se pueden realizar en la red 2 de hospitales del Gob. D.F. porque aparentemente no

						<i>cuentan con el equipo para realizarlos.</i>
<i>19 17:00 h.</i>					<i>SI</i>	<i>Nota de consentimiento informado por parte de los familiares para la realización de la traqueostomía</i>
<i>19 19:30</i>	<i>SI</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>	<i>NO</i>	<i>SI</i>	<i>Se suspendió la realización del TAC, porque el paciente acusó inestabilidad-hemodinámica.</i>
<i>20 18:30</i>	<i>SI</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>	<i>NO</i>	<i>SI</i>	<i>Se reporta que hay automatismo respiratorio</i>
<i>21 12:00</i>	<i>SI LABORATORIO SI</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>	<i>NO</i>	<i>NO</i>	
<i>21 15:00 h.</i>						<i>Continuaron pendientes la realización de tac y potenciales evocados se solicitó al servicio de cirugía la realización de la traqueostomía se retira ventilador por llevar tres días con automatismo respiratorio llevaba tres días sin el respirador de volúmen</i>
<i>21 18:00</i>						<i>nota del servicio de cirugía donde se informa que se realizó la</i>

						<i>traqueostomía</i>
<i>21 19:30 h.</i>	<i>SI</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>	<i>NO</i>	<i>NO</i>	<i>se reporta neurológicamente con tendencia a la recuperación lenta y progresiva no requiere soporte ventilatorio por lo que se valora su traslado a neurocirugía</i>
<i>22 11:10</i>	<i>SI</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>	<i>NO</i>	<i>NO</i>	<i>es la última nota realizada en la unidad de terapia intensiva, no se menciona que se da de alta en ese servicio y que pasa a piso</i>
<i>22</i>	<i>NO</i>	<i>NO</i>	<i>NO</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>	<i>el paciente ya está en el servicio de neurocirugía no hay notas ni indicaciones médicas</i>
<i>23</i>	<i>NO</i>	<i>NO</i>	<i>NO</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>	<i>no hay notas no indicaciones médicas</i>
<i>24</i>	<i>NO</i>	<i>NO</i>	<i>NO</i>	<i>NO</i>	<i>NO</i>	<i>no hay notas ni indicaciones médicas</i>
<i>25 8:15</i>	<i>SI</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>	<i>SI</i>	<i>SI</i>	<i>Se solicitó nuevamente tac de cráneo y de columna cervical. suspenden soluciones. en la nota de trabajo social se manifestó que solicitaron el y tac al Hospital de Legaria, pero que</i>

						se suspende por indicaciones del doctor por el estado de salud del paciente. En la nota de las 15:45 h. de trabajo social se informó que el paciente salió al hospital de Legaria para el tac, acompañado del doctor Villatoro.
25 16:00 h					SI	En la nota de trabajo social se informó que durante el traslado al hospital legaria el paciente se agravó por lo que a la mitad del trayecto la ambulancia regresó al Hospital Rubén Leñero y el paciente fallece a las 16:00 h.
25 3	SI				SI	Nota médica del doctor Villatoro donde se da de alta por defunción al paciente.

2.2 Respecto de la integración del expediente clínico, destaca lo siguiente:

2.2.1 El expediente, en lo general está incompleto y desordenado.

2.2.2 Se elaboró de manera incompleta la historia clínica de urgencias.

2.2.3 No se elaboró la historia clínica general.

2.2.4 Existen 24 notas médicas, todas tienen la hora y están firmadas por el médico que las realizó; en 11 de ellas no se anotaron los signos vitales; no existe nota de egreso de la Unidad de Terapia Intensiva —22 de noviembre de 2000—, tampoco existe la hoja o la nota mediante la cual se realiza el traslado del paciente al Hospital de Legaria. Hay dos resúmenes clínicos, una nota en la que se informa a los familiares del estado de salud del paciente y una nota donde los familiares otorgan su consentimiento informado para que a José Guillermo le practiquen la traqueostomía. Todas las notas médicas presentan abreviaturas y están redactadas de manera deficiente.

2.2.5 No se elaboró nota de ingreso al Servicio de Neurocirugía, el día 22 de noviembre de 2002, tampoco existe la hoja de indicaciones médicas, por lo tanto no hay algún documento médico en el que conste las condiciones en las que el paciente ingresó a ese servicio, el médico que lo recibió y que medicamentos le proporcionaron.

2.2.6 No se elaboraron notas médicas de los días 16 de noviembre —en Terapia Intensiva—, ni de los días 23 y 24 de noviembre de 2002 —en el Servicio de Neurocirugía—. Por lo que no es posible establecer cuál era el estado de salud del paciente en esos días y el manejo terapéutico que le proporcionaron.

2.2.7 El médico —Fernando Yuri Carmona—, que solicitó la tomografía, de acuerdo a la nota médica elaborada en el Servicio de Neurocirugía del día 25 de noviembre de 2002, no realizó la hoja de traslado correspondiente —hoja de referencia y contrareferencia—. Tampoco elaboró alguna nota en la que conste que se confirmó, con el personal del Hospital de Legaria, que el estudio tomográfico se llevaría a cabo.

2.2.8 En dos notas del área de Trabajo Social, elaboradas el día 25 de noviembre de 2002, una sin anotación de la hora, sin nombre y con firma, y la otra realizada a las 15:45 h., sin nombre y con firma. Se observa una contradicción importante ya que en la primera nota mencionada se informó que el estudio tomográfico solicitado se suspendió por indicaciones del doctor —no señala quién—, y por el estado de salud del paciente, sin embargo en la segunda nota se informó que el paciente salió a estudio de TAC al Hospital de Legaria, acompañado por un custodio y por el doctor Villatoro.

3. Análisis de los hechos relacionados con la situación clínica de José Guillermo Jasso Manzanares, durante su estancia en el Hospital General Doctor Rubén Leñero

3.1 La impresión diagnóstica —elaborada principalmente desde el punto de vista clínico—, aportó la información inicial, que sirvió de base para establecer a su vez de manera inicial el tratamiento y el manejo que le proporcionaron a José Guillermo Jasso Manzanares.

3.2 Sin embargo es importante señalar que la impresión diagnóstica elaborada en un principio con los datos clínicos que los médicos tratantes observaron en el presunto agraviado, debió acompañarse de un conjunto de estudios —TAC y potenciales evocados por ejemplo—, que no se realizaron sin que se explicara por qué y que eran necesarios para determinar con mayor precisión el grado de daño neurológico y las áreas afectadas del cerebro del presunto agraviado.

3.3 Lo señalado en el punto anterior cobra importancia porque, para este tipo de pacientes, especialmente, entre más pronto se cuente con datos precisos —clínicos y los que se obtienen de diversos estudios de laboratorio y gabinete—, mejor se elabora un diagnóstico y desde luego el tratamiento y manejo serían mucho más adecuados. En este caso particular se dejó pasar tiempo valioso para realizar los estudios mencionados —tomografía y potenciales evocados—, por lo que el diagnóstico quedó siempre en un marco general. Baste decir, a manera de ejemplo, que se solicitó una radiografía de las vértebras cervicales —para determinar si había daño o no en esa zona—, pero la placa tomada no le fue útil al especialista de columna para establecer un diagnóstico, por lo que se solicitó una nueva radiografía, misma que ya no se realizó.

3.4 Por otro lado en casos como el que nos ocupa y de acuerdo a la literatura médica disponible sobre el tema, es elemental mantener la estabilidad cardiocirculatoria —tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria— y temperatura, además de niveles adecuados de saturación de oxígeno en los pacientes, vías aéreas despejadas de secreciones y junto con esto un adecuado manejo nutricional, higiénico y de cambio de posición frecuente para favorecer la circulación periférica y para evitar las úlceras por decúbito del paciente. Especial cuidado debió ponerse en la prevención de las infecciones oportunistas, especialmente las que se manifiestan en las vías respiratorias y en las vías urinarias.

Al parecer en esta situación concreta, la dinámica cardiocirculatoria y respiratoria no se logró estabilizar de manera adecuada, por ejemplo las mediciones de tensión arterial con frecuencia mostraron datos de inestabilidad, esto puede ser indicativo de que el manejo del paciente no tuvo un seguimiento adecuado a su situación clínica.

3.5 En relación al punto anterior, es importante señalar que en diversas ocasiones los datos de laboratorio, tuvieron resultados fuera de rangos normales —entre otros glucosa, cloro, sodio, fosfatasa alcalina, bilirrubina directa—. De los resultados de biometría hepática hay que mencionar que la cuenta de globulos blancos —leucocitos, en sus variantes—, también mostraron valores fuera de los rangos normales. Lo descrito puede interpretarse, entre otras cosas, como una condición de desgaste metabólico y orgánico de José Guillermo Jasso, debido a las condiciones clínicas en las que se encontraba. Por lo demás en los estudios de laboratorio no se da cuenta en ningún momento que a José Guillermo le hubieran practicado algún tipo de cultivo —de orina, sangre o secreciones de vías aéreas—, para determinar o no si aparecieron infecciones oportunistas, lo que parece ser probable en el caso de las vías respiratorias.

Hay que decir también que un dato indicativo de las condiciones clínicas del paciente es el peso corporal y la medición de la masa y del tono muscular, datos que no aparecen en las notas médicas ni de enfermería.

3.6 De acuerdo a las notas de trabajo social, la nota médica de defunción del 25 de noviembre de 2002, realizada por el doctor Villatoro y a la información del acta circunstanciada de fecha 4 de abril de 2003. Podemos afirmar que las condiciones para el traslado del paciente no eran las mejores posibles y si a esto agregamos que **la ambulancia en la que se trasladó no cumplía con las normas requeridas para esas funciones**

específicas, José Guillermo Jasso Manzanares fue sometido innecesariamente a una condición de riesgo que precipitó su deceso.

4. Conclusiones

4.1 Considerando la información contenida en el **Dictamen de Necropsia de José Guillermo Jasso Manzanares**, particularmente la relacionada con las condiciones en que se encontraron el cerebro y los pulmones, de este último y la conclusión de las causas de la muerte. Podemos afirmar que la anoxisquemia sufrida, secundaria al paro cardiorrespiratorio y éste a su vez derivado del intento de suicidio por ahorcamiento, condicionó una situación clínica compleja y con un horizonte incierto en términos de la salud y la vida del paciente, caracterizada principalmente por las lesiones al tejido cerebral —el más susceptible de todos los tejidos orgánicos a la carencia de oxígeno—, y seguramente con daño en otros tejidos como los pulmones, hígado y corazón —como consta en el dictamen de necropsia—, pero más resistentes a la ausencia de oxígeno.

4.2 Si bien la situación clínica inicial de José Guillermo Jasso Manzanares, era complicada y compleja, también es cierto que su estado de salud fue decayendo: de una clasificación Glasgow de 6 puntos, bajó a una de 4 puntos, lo que nos habla de una situación en la que las condiciones neurológicas del presunto agraviado empeoraron; su condición cardiocirculatoria no se logró estabilizar durante su estancia intrahospitalaria lo que probablemente incidió negativamente en la capacidad de perfusión y oxigenación de órganos y tejidos, lo que fue desgastando su capacidad orgánica para resistir la situación en la que se encontraba. **Por otro lado, de la información anteriormente transcrita se desprende entre otras cosas que, horas antes de su deceso del agraviado éste presentaba una infección respiratoria, pérdida significativa de peso corporal, pérdida de masa y tono muscular, condiciones higiénicas inadecuadas, entre otras cosas. Lo que aquí se menciona pudo deberse a que el personal encargado de atenderlo —médicos y enfermeras—, no se desempeñaron adecuadamente, pero por otra parte quizá obedeció a las limitaciones institucionales —de personal y materiales—, para el manejo de estos casos.**

En otras palabras, quizá en el corto o mediano plazo José Guillermo iba a fallecer, pero las condiciones institucionales y el desempeño de los servidores públicos no le permitieron una mejor oportunidad de vida.

4.3 Ahora bien el punto clave en la situación clínica de José Guillermo y que culminó con el deceso de este último, ocurre en el momento en que es trasladado al Hospital Pediátrico Legaria, donde debían realizarle la Tomografía Axial Computarizada.

De acuerdo a la información de la nota señalada en el punto **1.6**, las condiciones clínicas para el traslado del paciente no eran las mejores pues presentaba: saturación del 80% que es baja en comparación a las medidas de saturación presentadas en registros anteriores, esto por un lado, pero por otro lado una saturación del 80 % es un dato que no se puede dejar pasar, en otras palabras ya se apreciaban datos de desaturación. Aunado a lo anterior, de acuerdo a la nota referida, las condiciones cardiocirculatorias también presentaban signos de inestabilidad —tensión arterial 69/90, frecuencia cardiaca de 98 por minuto y frecuencia

respiratoria de 24 por minuto. Por lo tanto frente a estos datos **el traslado debió haber sido replanteado pues esta situación generó una condición de riesgo suficiente para que José Guillermo falleciera.**

En la nota de referencia —1.6—, también se señala que el tanque de oxígeno de la ambulancia en la que se trasladó al paciente, aparentemente tenía gas suficiente para realizar el traslado al Hospital de Legaria, sin embargo en los hechos no resultó así, pues el oxígeno se agotó antes de lo previsto —ignorándose la causa—, situación que muy probablemente incidió desfavorablemente en las maniobras de reanimación cardiopulmonar.

4.4 De acuerdo a las actas circunstanciadas de los días 4 y 8 de abril de 2003, la ambulancia en la que fue trasladado el presunto agraviado era una ambulancia de urgencias, aunque en realidad debió haber sido una ambulancia de terapia intensiva, misma que se presume está mejor equipada para traslados de esa naturaleza. Por otro lado en el traslado el doctor responsable de acompañar al paciente, debe ir a su vez acompañado de una enfermera y de un paramédico especialista en urgencia, lo que no ocurrió en este caso, él medico responsable iba solo. Lo anterior, de conformidad con la Norma Oficial Mexicana NOM-020-SSA2-1994.

Es importante mencionar que la descoordinación intra e interinstitucional, concretamente la falta de comunicación entre la trabajadora social que elaboró la segunda nota del día 25 de noviembre de 2002 y el médico responsable —en ese momento del Servicio de Neurocirugía—, para corroborar los datos del traslado del paciente al Hospital Pediátrico Legaria, propició una condición de riesgo que influyó en el deceso de José Guillermo.

4.5 De acuerdo a lo anterior podemos señalar que en el caso de José Guillermo Jasso Manzanares, ocurrieron:

4.5.1 Irregularidades en la integración del expediente clínico. Conforme lo establece la Norma Oficial Mexicana, NOM-168-SSA1-1998. Del expediente Clínico.

4.5.2 Incumplimiento de lo establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM-020-SSA2-1994, para la prestación de servicios de atención médica en unidades móviles tipo ambulancia. Dado que pacientes con una situación clínica similar a la del caso que nos ocupa, deben ser trasladados en unidades de transporte tipo ambulancia, de **terapia intensiva** con el personal, equipo y medicamentos necesarios y suficientes para cubrir cualquier posible riesgo que pudiera presentarse durante el traslado.

4.5.3 Es importante destacar que los días 22, 23 y 24 de noviembre de 2002, estando ya el paciente en el servicio de neurocirugía, no se realizaron notas médicas, lo que puede ser indicativo de una omisión grave por parte de los médicos tratantes al no darle al paciente el seguimiento clínico que requería.

4.5.4 En la respuesta al oficio 5228, que la autoridad envió a esta Comisión, con fecha 25 de marzo de 2003, destaca que las respuestas de los incisos **a** al **g**, son de carácter general y

en algunos puntos ambiguos, lo que no permite una comprensión cabal de los hechos investigados.

Pero lo que puede ser objeto de observaciones, de ese informe, es el contenido del comentario final cuando se señala que<<...le dieron todas las atenciones de alta calidad médica y humanitaria pero que por la evolución natural de este tipo de lesiones, el desenlace fatal a corto plazo era predecible>>.

Estando de acuerdo en que la situación clínica del paciente citado, era compleja sobre todo por los datos clínicos de daño neurológico grave, por lo que se avizoraba un pronóstico desfavorable para la función y la vida. También es cierto que la referida atención de alta calidad médica y humanitaria, no lo fue del todo. Los datos clínicos, los exámenes de laboratorio con sus cifras fluctuantes, los signos vitales sin estabilizarse, los estudios no realizados, la infección respiratoria que presentó —acta circunstanciada de fecha 8 de abril de 2003—, la disminución a 4, de los puntos de la Escala de Glasgow, los días en que no se realizaron las notas médicas, la pérdida de peso, masa y tono muscular, son datos que indican en sentido contrario a lo afirmado por el Director del Hospital General Doctor Rubén Leñero.

3. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN JURÍDICA GENERADA POR LA VIOLACIÓN A DERECHOS HUMANOS Y CONTEXTO EN EL QUE LOS HECHOS SE PRESENTARON.

3.1. En relación con la conducta de omisión desplegada por servidores públicos adscritos a la Penitenciaría del Distrito Federal dependientes de la Dirección General de Prevención y Readaptación Social del Distrito Federal, descrita en las pruebas que se citan en los puntos números 2.1., 2.2., 2.3., 2.4., 2.5., 2.8., 2.10., 2.13., 2.14. 2.16. y 2.17, es pertinente precisar que este Organismo Defensor de Derechos Humanos hará un pronunciamiento diverso, en otro expediente de queja al cual se acumuló la investigación de los hechos relativos al presunto suicidio del señor José Guillermo Jasso Manzanares.

3.2. Ahora bien, el peticionario cuando presentó la queja en esta Comisión en su favor y del señor José Guillermo Jasso Manzanares, señaló como autoridad responsable de una posible violación a sus derechos humanos al personal de la Dirección General de Prevención y Readaptación Social de la Subsecretaría de Gobierno del Distrito Federal, específicamente de la Penitenciaría Capitalina. Por lo anterior, se solicitó la intervención del licenciado Antonio Hazahel Ruíz Ortega, Director de dicha Penitenciaría, para que éste tomara las medidas precautorias pertinentes.

3.3. Durante la primera parte de la investigación realizada por esta Comisión, se acreditó que el problema planteado originalmente por el peticionario se atendió de conformidad con las medidas precautorias solicitadas, tal como consta en acta circunstanciada donde así lo manifestaron los internos a una visitadora adjunta de esta Comisión, quien los entrevistó en su centro de reclusión. En dicha entrevista el agraviado quien en vida se llamó José Guillermo Jasso Manzanares añadió que lo único que le pedía a la Comisión era que las autoridades de la citada Penitenciaría le dieran respuesta a su solicitud de traslado a otro Centro Penitenciario por lo que se continuó integrando el expediente de queja.

3.4. Durante la investigación el personal de la Penitenciaría del Distrito Federal informó a este Organismo que el día 12 de noviembre de 2002, el interno José Guillermo Jasso Manzanares fue encontrado por un técnico penitenciario en su estancia —aún con vida— colgado del cuello con un alambre de luz, de aproximadamente 1.5 metros que se encontraba amarrado a una varilla que se ubicaba soldada al riel junto al baño y del otro extremo amarrado a su cuerpo, se le tomaron signos vitales, se descolgó para ser llevado al Servicio Médico de la Penitenciaría, donde se le brindaron los primeros auxilios.

3.5. Personal del Servicio Médico del Centro de Reclusión determinó que el interno llegó inconsciente al área, donde sufrió un paro cardiorrespiratorio —*cese de las funciones del corazón y los pulmones*— por espacio de 5 minutos, al momento de las maniobras de resucitación cardiocerebropulmonar no se valoraron datos de daño neurológico, estado de intoxicación y a través de las maniobras respondió favorablemente, con el apoyo de un respirador automático pero con evidentes signos de automatismo. Una vez que le dieron las atenciones médicas inmediatas, se ordenó el traslado del interno de mérito al área de urgencias del Hospital General Doctor Rubén Leñero, para continuar con la atención médica que requería.

3.6. El señor José Guillermo Jasso Manzanares ingresó a la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital General Doctor Rubén Leñero, con impresión diagnóstica de estado postparo cardiorrespiratorio secundario a ahorcamiento, en condiciones graves, con un deterioro neurológico importante, en estado de Glasgow de 6, con encefalopatía anoxo-isquémica severa, descerebración secundaria y aparente intoxicación por cocaína, pero los resultados confirmaron más tarde que fue por marihuana.

3.7. Durante la investigación se acreditó que los servidores públicos adscritos al Hospital General Doctor Rubén Leñero, dependiente de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, no cuentan con el equipo y el personal necesario, adecuado y suficiente para proporcionar una debida atención médica a los usuarios en el caso concreto para realizar los traslados interhospitalarios, lo que originó que el estado de salud del señor Jasso Manzanares se agravara cuando fue sometido a un traslado al Hospital Pediátrico Legaria y en consecuencia perdiera la vida.

Lo anterior en consideración de lo siguiente:

3.8. Los doctores Cabrera Colón y Lourdes Chacón y Cerón de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General Doctor Rubén Leñero, examinaron al señor José Guillermo Jasso Manzanares y realizaron una nota médica de ingreso a dicha área. En el citado documento los médicos consideraron necesario —urgente— que se tomara al agraviado una Tomografía Axial Computarizada —*imagen de las estructuras del cerebro, que sirve para evaluar las zonas dañadas*— por el estado de salud y tipo de lesión que presentaba. Pero dicho estudio no se realizó cuando el interno estaba en la Unidad de Cuidados Intensivos ya que en el citado hospital no se contaba con el aparato necesario para efectuar el estudio requerido.

3.9. El día 22 de noviembre de 2002, el agraviado fue trasladado al Servicio de Neurocirugía, sin que se haya elaborado la nota médica de ingreso correspondiente.

Asimismo, los días 23 y 24 de noviembre del mismo año no se elaboraron en el servicio antes mencionado las respectivas notas médicas, fue hasta el día 25 en que el doctor Fernando Yuri Carmona solicitó el estudio tomográfico. En razón de que, como ya se mencionó, el Hospital General Doctor Rubén Leñero no contaba en ese momento con el aparato para hacerlo, se ordenó que el paciente fuera trasladado al Hospital Pediátrico Legaria a fin de que le realizaran el estudio de Tomografía Axial Computarizada, lo que conformaría una impresión diagnóstica más precisa.

3.10. Dentro de las constancias que integran el expediente clínico del agraviado, no obran las notas médicas de los días 23 y 24 de noviembre de 2002, ni tampoco la hoja de referencia y contra referencia donde debía de especificarse el tipo de manejo que requería el agraviado quien en vida llevara el nombre de José Guillermo Jasso Manzanares, por ser paciente neurológico. En términos generales el expediente clínico se encuentra incompleto.

3.11. El área de neurocirugía del Hospital General Doctor Rubén Leñero autorizó el traslado del paciente al Hospital Pediátrico Legaria, dándose una deficiente coordinación entre el médico tratante, trabajo social, el médico encargado del traslado y el hospital al que sería remitido el paciente. Más aún el técnico de servicios de radiología y tomógrafo, Carlos Arias Tovar, adscrito al Hospital Pediátrico Legaria, no se presentó a laborar el 25 de noviembre de 2002, día que se llevó a cabo el traslado, como consta en la hoja de incidencias y control de asistencias del citado trabajador. **En virtud de que no se realizó el procedimiento para cubrir la ausencia del citado técnico, el señor José Guillermo Jasso Manzanares no fue atendido en el Hospital Pediátrico Legaria**, por lo que se sometió al paciente a un riesgo innecesario.

3.12. La atención médica interhospitalaria del señor José Guillermo Jasso Manzanares, estaba bajo la responsabilidad del doctor Alejandro Villatoro Martínez, médico especialista, quien realizó el traslado con la unidad 255 de urgencias, la cual no contaba con el instrumental, material y equipo humano adecuado y suficiente para trasladar al agraviado. El doctor Villatoro manifestó que al revisar —por segunda ocasión— el tanque de oxígeno ya se encontraba vacío, desconociendo la causa de tal situación, que pudo deberse a una fuga en el tanque, en las mangueras de conexión o bien a que el manómetro se encontrara descompuesto. Lo que sí fue una certeza es que no hubo suficiente oxígeno en el tanque de la ambulancia para atender las necesidades mínimas de atención del paciente. Situación que fue trascendente, ya que éste a su regreso inició con una bradicardia secundaria a desaturación —*disminución de la concentración del oxígeno que ingresa al organismo, lo que provocó diversos cambios metabólicos desfavorables para el paciente*— por lo que cayó en paro cardiorrespiratorio —*al no responder él a las medidas convencionales de reanimación*—, que desembocó en la muerte del señor José Guillermo Jasso Manzanares.

Es importante destacar que en el caso particular resulta de gran interés el punto de vista médico legal, ya que existe una relación directa entre el jurista y el médico, al tratar de dilucidar la violación a los derechos humanos. Al médico le compete determinar la etiología probable y al jurista la investigación .4

4. MOTIVACIÓN Y FUNDAMENTACIÓN SOPORTE DE LA PRESENTE RECOMENDACIÓN.

4.1. Del análisis de los hechos y pruebas que conforman la investigación, motivo de la presente recomendación, esta Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, advierte el incumplimiento al deber de prevención del Estado, atribuible a servidores públicos de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, cometida en agravio de quien en vida llevara el nombre de José Guillermo Jasso Manzanares, violando con ello los derechos humanos a la salud y a la vida del agraviado. El deber de prevención del Estado, significa la obligación de encaminar sus esfuerzos para evitar, dentro de lo posible, que se materialicen las violaciones a los derechos humanos, debiendo tomar todas las previsiones necesarias para ello. Asimismo, en un Estado de Derecho, la autoridad debe cumplir sus compromisos con los derechos humanos oficiosamente, sin necesidad de que exista un órgano defensor de los derechos humanos que señale su incumplimiento. Las instituciones gubernamentales deben incluir políticas enfocadas a la prevención de las violaciones a los derechos humanos y no políticas resolutorias de situaciones que se pudieron evitar. De igual manera, el papel de un organismo público de defensa de los derechos humanos, no debe limitarse a la simple defensa de éstos, sino también y muy esencialmente a la prevención de violaciones a los derechos humanos.

4.1.2. Resulta indispensable entrar al estudio del concepto de los derechos humanos, de las atribuciones y la competencia que le surte a esta Comisión para emitir recomendaciones. De conformidad con lo previsto en los artículos 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y 3º, 17, fracciones I y II y 46 de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, este Organismo tiene competencia para conocer de 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. Los citados ordenamientos jurídicos textualmente detentan, lo siguiente:

“Artículo 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece que:

...

El Congreso de la Unión y las legislaturas de las entidades federativas, en el ámbito de sus respectivas competencias, establecerán organismos de protección de los derechos humanos que ampara el orden jurídico mexicano, los que conocerán de quejas en contra de actos u omisiones de naturaleza administrativa, provenientes de cualquier autoridad o servidor público, con excepción de los del Poder Judicial de la Federación, que violen estos derechos. ...”

“La Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal:

Artículo

3.-

La Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal conocerá 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 en la administración pública del Distrito Federal o en los órganos de procuración y de impartición de justicia que ejerzan jurisdicción local en el Distrito Federal.”

“De las atribuciones y competencia de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal.

Artículo

17.-

Son atribuciones de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal:

I.- Recibir quejas de presuntas violaciones a los derechos humanos;

II.- Conocer e investigar, a petición de parte o de oficio, presuntas violaciones de derechos humanos en los siguientes casos:

a) Por actos u omisiones de índole administrativo de los servidores públicos o de las autoridades de carácter local del Distrito Federal a que se refiere el artículo 3o. de esta Ley.

b) Cuando los particulares o algún agente social cometa ilícitos con la tolerancia o anuencia de algún servidor público o autoridad local del Distrito Federal o bien cuando estos últimos se nieguen infundadamente a ejercer las atribuciones que legalmente les correspondan en relación con dichos ilícitos, particularmente tratándose de conductas que afecten la integridad física de las personas.”

“Artículo

46.-

Concluida la investigación, el Visitador correspondiente formulará, en su caso, un proyecto de Recomendación o Acuerdo de No Responsabilidad en los cuales se analizarán los hechos, los argumentos y pruebas, así como los elementos de convicción y las diligencias practicadas a fin de determinar si las autoridades o servidores públicos han violado o no los derechos humanos de los afectados al haber incurrido en actos y omisiones legales, irrazonables, injustos, inadecuados o erróneos, o hubiesen dejado sin respuesta las solicitudes presentadas por los interesados durante un período que exceda notoriamente los plazos fijados por las leyes. En el proyecto de Recomendación, se señalarán las medidas que procedan para la efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales y, si procede para la reparación de los daños y perjuicios que se hubiesen ocasionado. ...”

4.2. El artículo 4° del Reglamento Interno de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, **define a los derechos humanos** como aquellos derechos inherentes a la naturaleza humana, sin los cuales no se puede vivir con la dignidad que le corresponde a toda persona, dichos derechos también son reconocidos en la Declaración Universal de Derechos Humanos, los tratados internacionales suscritos por los Estados Unidos Mexicanos en términos que establece la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y de otros instrumentos internacionales.

4.3. En ese orden de ideas, es de señalar que los Derechos Humanos son una disciplina jurídica cuyo sustento se encuentra en la norma interna y en la norma internacional, esta última que, previo los requisitos de Ley, forma parte del sistema jurídico mexicano en términos del artículo 133 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Así también ese Derecho tiene apoyo en otros ordenamientos internacionales, que aun cuando

no forman parte del sistema jurídico, por no haber sido suscritos por el Presidente de la República Mexicana y ratificados por el Senado, sí son orientadores de una convicción como lo es la doctrina. En ese tenor, la responsabilidad en el ámbito de los derechos humanos, debe ser integral y complementaria entre la norma interna y la norma internacional que deriva finalmente, en la responsabilidad del Estado ante los particulares de garantizar, proteger y prevenir las violaciones a los derechos humanos por los funcionarios del Estado.

“Artículo 133

Esta Constitución, las leyes del Congreso de la Unión que emanen de ella y todos los Tratados que estén de acuerdo con la misma, celebrados y que se celebren por el Presidente de la República, con aprobación del Senado, serán la Ley Suprema de toda la Unión. Los jueces de cada Estado se arreglarán a dicha Constitución, leyes y tratados, a pesar de las disposiciones en contrario que pueda haber en las Constituciones o leyes de los Estados.”

4.4. De conformidad con los fundamentos anteriormente invocados y las pruebas desahogadas, esta Comisión considera que, en el presente caso, el actuar de los servidores públicos de la Secretaría de Salud del Distrito Federal violó el derecho humano a la salud del señor José Guillermo Jasso Manzanares, en conexidad con el derecho a la vida, en razón de lo que a continuación se expone:

5. VIOLACIÓN AL DERECHO A LA SALUD EN CONEXIDAD CON EL DERECHO A LA VIDA.

5.1. El derecho **humano a la salud** tiene su fundamento en lo establecido en el artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, donde se señala que toda persona tiene derecho a la salud, cuya protección es una función a cargo de la Federación, el Distrito Federal y los Municipios, en sus respectivas competencias.

“Artículo 4. ...

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, ...”

5.2. En este sentido, Salomón Díaz Alfaro **5**, define al derecho a la protección de la salud como:

“El sistema de normas jurídicas de derecho social, que tiene por objeto regular los mecanismos para lograr la protección de la salud como bien supremo del hombre, a través de la delimitación del campo de la actividad gubernamental, social e individual, siendo ésta un elemento de justicia social.”

5.3. En el mismo orden de ideas la Declaración Universal de Derechos Humanos **6**, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales **7** y la Convención Americana sobre Derechos Humanos **8**, establecen que:

“Declaración Universal de Derechos Humanos:

Artículo 25.1.

Toda persona tiene derecho a un nivel 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”, ...”

“Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales:

Artículo 12.1 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.

12.2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:

d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.”

“Convención Americana sobre Derechos Humanos:

Artículo 5.1. Toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral.”

5.4. De manera ilustrativa, el derecho a la salud también está previsto por el Protocolo Adicional a la Convención Americana Sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales **9** “Protocolo de San Salvador” y la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre **10**, que en el mismo sentido que los otros ordenamientos establecen:

“Protocolo Adicional a la Convención Americana Sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador” 11

Artículo 10.

Derecho a la salud.

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

2. Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud los Estados Partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes 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;

b) La extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del estado;”

“Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre:

Artículo I. Todo ser humano tiene derecho a la vida, la libertad y a la seguridad de su persona.

Artículo XI. Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad.”

5.5. Una vez definido el derecho a la salud, es importante precisar que el señor José Guillermo Jasso Manzanares era titular del mismo, independientemente de su calidad de reo en la Penitenciaría del Distrito Federal. Precisamente por esa circunstancia, al encontrarse en una situación de privación de libertad, la Secretaría de Salud del Distrito Federal, a través de la Dirección General de Servicios Médicos, estaba obligada a brindarle los servicios de salud, contando para ello con los elementos e insumos técnicos necesarios y suficientes para garantizar la prestación adecuada de dicho servicio.

5.5.1. Atendiendo a la naturaleza de los servicios de salud éstos se dividen en: a) Atención Médica, b) Salud Pública y c) Asistencia Social. En el presente caso debemos de entender que el interno tenía derecho a recibir a la atención médica adecuada tanto en los hospitales del centro de reclusión como en los externos, atendiendo a las necesidades del propio interno. Asimismo, esa atención médica debía ser prestada asumiendo el estado de salud — grave— del paciente, cumpliendo puntualmente con los siguientes ordenamientos:

“Ley General de Salud 12:

Artículo 2.

El derecho a la protección de la salud, tiene las siguientes finalidades:

I. El bienestar físico y mental del hombre, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades;

...

II. La prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana;

...

V. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población;”

Ley de Salud para el Distrito Federal:

“Artículo 1 Bis.

Para los efectos de la presente Ley, el derecho a la protección de la salud tiene las siguientes finalidades:

I. El bienestar físico, mental y social del hombre, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades.

II. La prolongación y el mejoramiento de la calidad de vida humana.”

“Artículo 5. En materia de Salubridad Local corresponde al Gobierno (Jefe de Gobierno del Distrito Federal) la regulación y control sanitario de.

VIII. Reclusorios y centros de readaptación social.”

“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 médicos 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, independiente del nivel o unidad donde reciba el servicio.”

“Artículo 51. Corresponde al Gobierno, integrar, conducir, desarrollar, dirigir y administrar en forma permanente los servicios médico quirúrgicos generales y las especialidades de psiquiatría y de odontología que se presten en los Reclusorios y Centros de Readaptación Social, a efecto de otorgar en forma permanente, oportuna y eficiente la atención a los internos. ...”

“Artículo 52. Tratándose de enfermedades de emergencia, graves o cuando así lo requiera el tratamiento, a juicio del personal médico de los Reclusorios y Centros de Readaptación Social, el interno podrá dar aviso para ser trasladado al centro hospitalario que determine el propio Gobierno; en cuyo caso deberá hacer del conocimiento de la autoridad competente. ...”

Reglamento de Reclusorios y Centros de Readaptación Social del Distrito Federal:

“Artículo 87. Los reclusorios del Departamento de Distrito Federal contarán permanentemente con servicios medicoquirúrgicos generales, y los especiales de psicología, de psiquiatría y de odontología, que serán proporcionados por la Dirección General de Servicios Médicos, del Departamento del Distrito Federal, para proporcionar con oportunidad y eficiencia la atención que los internos requieran.

Cuando el personal médico de la institución lo determine porque así se requiere para el tratamiento correspondiente, o en casos de emergencia, el interno deberá ser trasladado al Centro Médico de Reclusorios, que dependerá de la misma Dirección General de Servicios Médicos, del Departamento del Distrito Federal.”

*“Artículo 88. Los servicios médicos de los reclusorios dependientes de la Dirección General de Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal, **velarán por la salud física y mental de la población carcelaria** y por la higiene general dentro del establecimiento.*

...

El tratamiento hospitalario en instituciones diferentes al centro Médico para Reclusorios del Distrito Federal, sólo podrá autorizarse a recomendación de las autoridades de dicho centro cuando exista grave riesgo para la vida o secuelas posteriores que puedan afectar la integridad del interno o no se disponga de los elementos necesarios para la atención adecuada.”

5.5.2. Este organismo público autónomo protector de Derechos Humanos, para robustecer el criterio que se asume en la presente Recomendación, considera también, aunque sólo de manera ilustrativa, los Principios de Ética Médica Aplicables a la Función del Personal de Salud, Especialmente los Médicos, en la Protección de Personas Presas y Detenidas, Contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes **13** :

“PRINCIPIO 1.

El personal de salud, especialmente los médicos, encargados de la atención médica de personas presas o detenidas tienen el deber de brindar protección a la salud física y mental de dichas personas y de tratar sus enfermedades al mismo nivel de calidad que brindan a las personas que no están presas o detenidas.”

5.5.3. En ese mismo tenor, es de señalar lo que establecen las Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos **14**, el Conjunto de Principios para la Protección de Todas las Personas Sometidas a Cualquier Forma de Detención o Prisión **15** y los Principios Básicos para el Tratamiento de los Reclusos **16**:

“Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos:

22.1. Todo establecimiento penitenciario dispondrá por lo menos de los servicios de un médico calificado que deberá poseer algunos conocimientos psiquiátricos. Los servicios médicos deberán organizarse íntimamente vinculados con la administración general del servicio sanitario de la comunidad o de la nación. Deberá comprender un servicio psiquiátrico para el diagnóstico y, si fuere necesario, para el tratamiento de los casos de enfermedades mentales.”

“2. Se dispondrá el traslado de los enfermos cuyo estado requiera cuidados especiales, a establecimientos penitenciarios especializados o a hospitales civiles. ...

Conjunto de Principios para la Protección de Todas las Personas Sometidas a Cualquier Forma de Detención o Prisión:

PRINCIPIO 24. Se ofrecerá a toda persona detenida o presa un examen médico apropiado con la menor dilación posible después de su ingreso en el lugar de detención o prisión y, posteriormente esas personas recibirán atención y tratamiento médico cada vez que sea necesario. Esa atención y ese tratamiento serán gratuitos.”

“Principios Básicos para el Tratamiento de los Reclusos:

9. Los reclusos tendrán acceso a los servicios de salud de que disponga el país, sin discriminación por su condición jurídica.”

5.5.4. De conformidad con los ordenamientos internacionales los Estados tienen la responsabilidad positiva de proporcionar la salud de sus pueblos, lo que se puede lograr sólo mediante la provisión de medidas sanitarias y sociales adecuadas.

5.6. Resulta pertinente precisar que la falta de previsión del personal que intervino en el traslado y recepción de José Guillermo Jasso Manzanares, aunado a la carencia de un adecuado equipo —en este caso tanque de oxígeno— con el que se contó, provocaron que se violaran los derechos a la salud y a la vida de la víctima en el presente caso.

Adicionalmente, es de señalar que desde el punto de vista clínico la impresión diagnóstica elaborada por los médicos tratantes —con los datos clínicos del agraviado—, debía ser acompañada de un conjunto de estudios, entre ellos el de Tomografía Axial Computarizada para determinar con mayor precisión el grado de daño neurológico y la localización de las áreas afectadas del cerebro del agraviado. Lo grave del asunto es que dichos estudios no se realizaron, lo que cobra importancia para este tipo de pacientes, ya que entre más pronto se cuente con datos clínicos, mejor se elaborará un diagnóstico, el tratamiento y el manejo adecuado. En el caso particular se dejó pasar tiempo valioso para la práctica del citado estudio, por lo que el diagnóstico quedó en un marco general. Lamentablemente el estudio se pretendió realizar 13 días después de su ingreso al Hospital General Doctor Rubén Leñero (pruebas 2.19, 2.20, 2.24, 2.27 y 2.29).

5.7. De conformidad con el artículo 12.1. de la Norma Oficial Mexicana NOM-020-SSA2-1994 **17** para la prestación de servicios de atención médica en unidades móviles tipo ambulancia, se debió confirmar por radiocomunicación o teléfono, si el hospital receptor podía o no recibir al paciente, por ello, podemos afirmar que no se dio la coordinación adecuada y suficiente entre el personal responsable del traslado del Hospital General Doctor Rubén Leñero y el personal responsable de recibir en el nosocomio Pediátrico de Legaria, coordinación indispensable para garantizar la efectiva atención al paciente.

No siendo suficiente que el doctor Rolf Herbert Willy Meiners Huebner, Director Médico del Hospital General Doctor Rubén Leñero, en el informe que rindió a la Secretaría de Salud del Distrito Federal, señalara que sí existió coordinación, toda vez que la trabajadora social María del Carmen Fragoso Guadarrama, del Hospital General Doctor Rubén Leñero, la estableció con personal del Hospital Pediátrico Legaria, según se indica en el control de servicio de trabajo social. Lo anterior, en razón de que de las pruebas descritas en el cuerpo de la presente Recomendación se genera convicción de que no fue así, careciendo el informe de concordancia con los hechos y las propias declaraciones del responsable del traslado, quien afirmó que cuando la ambulancia llegó al Hospital Pediátrico Legaria, se les informó que no se podía recibir al paciente porque no había técnico para la realización del estudio, con lo que se confirma la falta de previsión en que incurrieron los servidores públicos responsables del traslado y recepción, lo que contribuyó a la violación al derecho a la salud y a la vida en perjuicio de la víctima, quien en vida llevara el nombre de José Guillermo Jasso Manzanares. (pruebas 2.27 y 2.29).

5.8. Ahora bien, aunado a la falta de previsión y coordinación ya descritas, resulta por demás grave que ni siquiera se puede considerar fundadamente que los estudios que se debían realizar a la hoy víctima eran una emergencia real, pues el paciente ingresó al hospital el día 12 de noviembre de 2002 y el estudio pretendía realizarse el 25 del citado mes, es decir 13 días después de que llegó al nosocomio citado, razón ésta que hace suponer que bien podían haberse previsto al menos estas situaciones:

a) Que no se hubiera llevado a cabo el traslado del señor José Guillermo Jasso Manzanares, ya que el técnico Carlos Arias Tovar del Hospital Pediátrico Legaria, encargado de realizar los estudios al agraviado, no se presentó a laborar ese día, hecho del que debió haber tenido conocimiento el personal responsable del traslado del Hospital General Doctor Rubén Leñero, a fin de estar en posibilidad de evitar o posponer el traslado del paciente. (pruebas 2.27, 2.29 y 2.31)

b) Que el personal del Hospital Pediátrico Legaria hubiera tenido conocimiento que enviarían a un paciente cuyo estado de salud era muy delicado y de esta forma hubiese tomado las medidas necesarias para garantizar que estuviera presente el personal técnico encargado de hacer el estudio respectivo. (pruebas 2.27, 2.29 y 2.31).

5.8.1. La falta de previsión y coordinación por parte del personal responsable del traslado y la recepción de José Guillermo Jasso Manzanares, es absolutamente evidente para esta Comisión, como ha quedado explicitado en los numerales que anteceden. Por lo que se puede concluir que a la hoy víctima se le sometió a un traslado que no tuvo ningún resultado positivo, ya que aún con su estado de gravedad lo externaron de su habitación de

neurocirugía —donde se mantuvo estable durante 13 días—, para después llevarlo en una unidad móvil —que carecía de un tanque de oxígeno en buenas condiciones— a otro hospital en el cual ni siquiera lo recibieron porque no había técnico para realizarle el estudio ordenado por su médico tratante. (prueba 2.27, 2.29 y 2.31.). Lo que se corrobora con la opinión de la doctora Andrea Hinojosa Azaola, quien en ese orden de ideas señaló:

...

Considerando que el paciente había presentado paro cardiorrespiratorio antes de ser trasladado, y que se encontraba en estado de coma, cabe cuestionar la utilidad de la Tomografía en cuanto al cambio en el manejo que tendría el paciente. Si el caso hubiera sido de un traumatismo craneoencefálico, o de una hemorragia intracerebral por alguna otra causa, la tomografía hubiera estado indicada para guiar el tratamiento a seguir, pero en este caso la encefalopatía hipóxicoisquémica fue consecuencia de un intento de ahorcamiento, y la tomografía no cambiaría el manejo ya que probablemente lo que mostraría sería las consecuencias de la hipoxia a largo plazo, mismas que no pueden ser corregidas por vía quirúrgica, lo que permite concluir que no cambiaría el manejo del paciente y, en cambio, sí lo sometería al riesgo innecesario de ser trasladado encontrándose en un estado de salud crítico.

...

En mi opinión sí debe considerarse como una falta el hecho de que el paciente no hubiera sido recibido en el Hospital (Infantil) Legaria por falta de personal, ya que si bien quizás el estudio no hubiera cambiado el pronóstico, de cualquier manera el paciente ya se había sometido al riesgo de ser trasladado y por ende debió haber sido recibido o se debió haber avisado antes de trasladarlo que no se contaba con el personal necesario ...

5.8.2. La atención médica interhospitalaria **18** del señor José Guillermo Jasso Manzanares estuvo a cargo del doctor Alejandro Villatoro Martínez, médico del Servicio de Urgencias Médico-Quirúrgicas del Hospital General Doctor Rubén Leñero, quien estaba trabajando solo en el servicio de urgencias porque no había médico interno de guardia, asimismo tenía 6 ó 7 pacientes en la sala de observación, más dos pacientes en tóxico. En ese momento fue cuando el doctor Cruz, Asistente de la Dirección, fue a verlo para pedirle si podía apoyarlo en un traslado de un paciente de neurocirugía. Por ello, el doctor Villatoro acudió al piso de neurocirugía para observar al señor José Guillermo Jasso Manzanares, de quien pudo percatarse que estaba desnutrido porque los músculos estaban faltos de tono y aproximadamente había perdido unos 7 kilos del peso de cuando ingresó, estaba conectado a un ventilador volumétrico, olía mal a pseudomona, porque tenía una fuerte infección respiratoria, mucha secreción fétida, tenía un Glasgow de 4 —no abría los ojos, no hablaba porque estaba intubado, mantenía la respuesta de descerebración—, con signos vitales dentro de lo que cabe en límites, con una saturación de 89%, pero por las secreciones lo aspiraron y mejoró la saturación y se veía menos grave. (pruebas 2.27, 2.29 y 2.31)

5.8.3. El doctor Alejandro Villatoro decidió hacer el traslado porque consideró que sí lo ameritaba y resistiría. Posteriormente, bajó a la ambulancia a revisar el equipo y material, que el monitor se encontrara listo, que el oxígeno estuviera bien, etcétera. El tanque de

oxígeno estaba en $\frac{3}{4}$ lo que en términos normales duraría 40 minutos. Así el doctor Villatoro y el paciente, acompañados de un custodio y del chofer de la ambulancia, salieron del Hospital General Doctor Rubén Leñero y tardaron unos 10 ó 12 minutos en llegar al Hospital Pediátrico Legaria, donde únicamente se bajaron de la unidad el chofer y el camillero para preguntar quién iba a recibir el paciente, una vez que les indicaron que no recibirían al señor Jasso, debido a que no había técnico, regresaron de inmediato a la unidad móvil, momento en el cual el médico encargado se percató que el paciente comenzó a desaturarse, lo aspiró y mejoró, instantes después se observó que comenzó con bradicardia y se preguntó qué pasó, acto en el que vio el tanque de oxígeno y éste sólo tenía la mitad, $\frac{2}{8}$ aproximadamente. Para ese entonces la saturación del paciente, que había estado entre 92 y 95, ya se encontraba en 90 y 89. Por tal situación el doctor Villatoro optó por retirarse y regresarse rápido al Hospital de origen, con torreta abierta, sirena y estroboscopios prendidos. (pruebas 2.27, 2.29 y 2.31).

5.8.4. De regreso del traslado, según el dicho del doctor Villatoro, la ambulancia tardó unos 10 ó 12 minutos y fuera del Hospital Pediátrico Legaria estuvo unos 3 minutos. Él tomó la decisión de regresar al señor José Guillermo Jasso Manzanares al Hospital General Doctor Rubén Leñero porque en el Hospital Legaria no hay ventiladores para adultos, por lo que no tenía caso dejarlo en ese hospital donde no se le proporcionaría la atención médica adecuada. Durante el traslado lo acompañó un camillero, el chofer y un custodio, pero en cuanto a personal capacitado de apoyo iba solo porque no lo asistió personal de enfermería intensivista y/o un técnico en urgencias médicas —paramédico—, lo cual sería ideal para una adecuada atención médica interhospitalaria. Cabe destacar que en el Hospital General Doctor Rubén Leñero **los traslados únicamente los hacen los médicos, porque no tienen el personal** de apoyo capacitado **suficiente**. (pruebas 2.27, 2.29 y 2.31).

5.8.5. De la nota de alta por defunción número 1774769, suscrita por el doctor Alejandro Villatoro Martínez, a la cual este Organismo le concede pleno valor probatorio en términos de lo previsto por los artículos 119 y 120 del Reglamento Interno de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, es muy clara en el sentido de que el señor José Guillermo Jasso Manzanares a su regreso del traslado del Hospital Pediátrico Legaria inició con bradicardia secundaria pues para ese entonces la saturación bajó a un 60%, por lo que el doctor Villatoro **se asomó a ver el tanque de oxígeno nuevamente y éste ya estaba vacío**, sin saber por qué, desconociendo la causa, si fue porque el tanque tenía una fuga o en la manguera de conexión, razón por la que el paciente cayó en paro cardiorespiratorio, a la altura de la Avenida Colegio Militar y para reanimarlo, el médico le puso medicamentos —adrenalina y atropina— y le dio las maniobras de RCP avanzada, pero el paciente ya no respondió, por lo que murió. (pruebas 2.20, 2.20.2, 2.27, 2.29 y 2.31).

5.9. En el caso particular, los médicos tratantes del señor José Guillermo Jasso Manzanares no realizaron la hoja de referencia y contrarreferencia, a la que están obligados de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, correspondiente al expediente clínico, en la que se define tal documento como el procedimiento médico-administrativo entre unidades operativas de los tres niveles de atención para facilitar el envío-recepción-regreso de pacientes, con el propósito de brindar atención médica oportuna, integral y de calidad. Asimismo, la nota de traslado, es decir la hoja donde se anota el estado que tiene el paciente antes de salir al traslado, así como la hoja donde se anota el estado del paciente del

hospital de donde sale, no se hace en el Hospital General Doctor Rubén Leñero, porque según el dicho del doctor Villatoro no se acostumbra realizar ese documento en el Sector Salud del Distrito Federal. (pruebas 2.27, 2.29 y 2.31).

5.10. Ahora bien, de acuerdo con el primer informe del doctor Rolf Herbert Willy Meiners Huebner, Director Médico del Hospital General Doctor Rubén Leñero, la ambulancia en la cual se trasladó al señor José Guillermo Jasso Manzanares al Hospital General Legaria correspondía a una **Unidad Móvil de Urgencias** que, de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-020-SSA2-1994 ya referida, debe contener como equipo básico necesario, entre otras cosas, un tanque de oxígeno portátil tamaño “D”, con manómetro regulador, válvula de demanda y flujómetro y un tanque fijo de oxígeno de por lo menos tres metros cúbicos con manómetro, flujómetro y humificador. En este punto es importante precisar algunos conceptos básicos que establece la norma oficial en comento, tales como:

a) Unidad móvil de urgencias y,

b) Unidad móvil de cuidados intensivos y transporte del sector público del territorio nacional:

“Definiciones.

Para los efectos de esta Norma Oficial Mexicana, se entiende por:

*3.1. Ambulancia de **cuidados intensivos**, a la unidad móvil, aérea o terrestre, que proporcione atención médica prehospitalaria o interhospitalaria al paciente en estado crítico, que requiera cuidados especiales durante su traslado, con personal capacitado y los recursos físicos necesarios.*

*3.3. Ambulancia de **urgencias**, a la unidad móvil, aérea o terrestre, que proporcione atención médica prehospitalaria o interhospitalaria en casos de urgencia.*

3.4. Atención médica, al conjunto de servicios que proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar la salud.

3.4.1. Atención médica interhospitalaria, a la otorgada durante el traslado entre hospitales, con el fin de mantener la estabilidad del paciente durante el mismo y controlar los riesgos para la vida, la integridad física o las funciones corporales del paciente o de la mujer embarazada y el producto del embarazo, derivados del traslado, o que pudieran presentarse durante el mismo.

3.6. Urgencia, a todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, u órgano o una función y que requiera atención inmediata.”

5.11. En el caso concreto la unidad que trasladó al señor Jasso tenía un *tanque de oxígeno, ... de por lo menos 3 litros por metro cúbico, con manómetros, flujómetro y humificador, suficiente para el caso.* ... El hecho de afirmar que la ambulancia en la que se realizó el

traslado tuviera un tanque de oxígeno con determinadas características, no necesariamente implica que el mismo estuviera lleno o bien que su contenido fuera suficiente para toda la diligencia, por el contrario la nota suscrita por el doctor Villatoro no deja lugar a dudas en cuanto a que sí se contaba con el tanque de oxígeno, pero lamentablemente su contenido no fue suficiente para proporcionar al señor José Guillermo Jasso Manzanares la atención médica interhospitalaria que requería y para resolver cualquier problema médico-quirúrgico agudo que pusiera en peligro la vida, u órgano o una función del paciente que requiriera atención inmediata. Dando por resultado que el señor Jasso presentara bradicardia secundaria a desaturación, misma que por una falta de oxígeno provocó que el paciente tuviera un paro cardiorrespiratorio, violentándose con ello sus derechos humanos a la salud y a la vida. (pruebas 2.24, 2.27, 2.29 y 2.31).

5.12. La falta de coordinación adecuada entre el personal responsable del traslado y el personal responsable de la recepción del paciente, aunada al deficiente estado en el que probablemente se encontraba el tanque de oxígeno, probabilidad que se desprende de la propia afirmación del médico que intervino en el traslado, quien afirmó haber revisado el instrumental médico ubicado en la ambulancia, que después falló, fueron las circunstancias que, a juicio de esta Comisión, no permitieron que se cubrieran las condiciones mínimas para el transporte interhospitalario, mismas que se establecen en la Norma Oficial que ha sido citada con antelación y que consisten en:

“13. Condiciones mínimas para el transporte interhospitalario.

13.1. El paciente deberá encontrarse en condiciones de traslado, resultado de la valoración comparativa del riesgo de trasladarse, frente al riesgo de permanecer en el mismo hospital.

13.2. El médico de la unidad móvil tipo ambulancia que transporta al paciente a otra unidad hospitalaria se apegará al subnumeral 12.1 de esta Norma Oficial Mexicana; ello es aplicable, tanto si se tratara de dos hospitales de la misma institución o de diferentes instituciones. Asimismo, se deben considerar los recursos disponibles en la unidad móvil para la atención médica adecuada, durante la transportación del paciente.

12. Procedimiento para la selección de la unidad hospitalaria receptora.

12.1 Para que el personal a bordo de la unidad móvil tipo ambulancia de urgencias y cuidados intensivos enlace con la unidad hospitalaria receptora, se debe regir por una regionalización y categorización hospitalaria, preestablecida por la institución pública o privada a que pertenezca, con base en la situación geográfica de la unidad en relación con el sitio del accidente, autosuficiencia para satisfacer la demanda y de acuerdo con el problema médico de que se trate; además, deberá existir confirmación por radiocomunicación o telefónica, de que el hospital puede recibir al paciente, estableciendo el motivo de solicitud de transporte y necesidades probables de atención al llegar al hospital, para garantizar la atención oportuna.

13.3. La información mínima para el transporte interhospitalario será la siguiente:

13.3.1. Datos generales del paciente.

13.3.2. Nombre del médico receptor e institución que recibe.

13.3.3. Autorización por escrito del traslado por parte del paciente o algún familiar y, en los casos médico legales, debe existir responsiva médica.

13.3.4. Resumen clínico del paciente.

13.3.5. Exámenes de laboratorio y gabinete, realizados.”

5.13. Aunado a las deficiencias antes descritas y como parte de una de las condiciones mínimas para el transporte interhospitalario de un paciente en comento, en el presente caso no existió la autorización por escrito por parte del paciente o de algún familiar para llevar a cabo el traslado al que se hace alusión en esta Recomendación. El personal del Hospital General Doctor Rubén Leñero incurrió en esa omisión administrativa, pues sin motivo alguno se abstuvo de informar de inmediato a los familiares del señor José Guillermo Jaso Manzanares que éste sería trasladado a otro hospital para la realización de un estudio y en consecuencia se les negó el derecho a saber los riesgos que implicaba tal diligencia. Por lo anterior, no existió de parte de los familiares del paciente el consentimiento expreso para efectuar la diligencia. En ese sentido, también es pertinente citar la opinión de la doctora Andrea Hinojosa Azaola, quien señaló que:

Una grave omisión fue la de no mantener debidamente informados a los familiares del paciente, de la evolución, el pronóstico y el seguimiento del paciente, así como de la necesidad de realizarle un estudio fuera del hospital, con los riesgos propios de trasladar al paciente en un estado crítico ...

5.13.1. En este aspecto, cabe señalar que para esta Comisión no es ajeno el hecho de que se debe manejar con absoluta confidencialidad la fecha y hora del traslado de un interno, ello atendiendo a las medidas de seguridad que deben tomarse para evitar cualquier intento de fuga. Sin embargo, en el caso concreto y dada la gravedad, estado físico y mental del agraviado, no existía impedimento alguno para que los familiares tuvieran conocimiento de ese traslado, omitiendo la fecha y hora exacta, sino por el contrario era su derecho saberlo toda vez que eran las personas indicadas para autorizarlo, sobre todo porque el paciente estaba impedido materialmente por su estado de salud para consentir su traslado.

5.14. Tal derecho está previsto no sólo para los pacientes comunes sino también incluso para aquellos que reúnen la calidad de internos de un centro de reclusión como en el presente caso. En ese orden resulta idóneo citar lo que al respecto establece el artículo 89 del Reglamento de Reclusorios y Centros de Readaptación Social del Distrito Federal:

“Artículo 89.

Cuando el tratamiento médico quirúrgico, o de cualquier índole, o los procedimientos para el diagnóstico, a juicio del Jefe de los Servicios Médicos del establecimiento impliquen

grave riesgo para la vida o secuelas posteriores que puedan afectar la integridad física funcional del interno, se requerirá para su realización, el previo consentimiento escrito de éste.

Si el interno no estuviere en condiciones de otorgar o negar su consentimiento, podrá suplirse éste por el de su cónyuge, ascendientes, descendientes mayores de edad, o de persona que previamente designada por el interno, o en ausencia de uno y otros por el director del establecimiento, previa autorización de la Dirección General de Reclusorios y Centros de Readaptación Social (hoy Dirección General de Prevención y Readaptación Social).

Se presume otorgado el consentimiento en casos de emergencia, o cuando de no llevarse a cabo el tratamiento, la vida del interno corra mayor riesgo a juicio del jefe de los servicios médicos.”

5.15. De igual manera el derecho de los familiares a ser informados del traslado del paciente a otro hospital, de conocer los riesgos que implica tal situación y de autorizar o no dicha diligencia, lo contempla la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, que define en su punto 4.2., lo que es una carta de consentimiento bajo información, que en el presente caso no se elaboró y que consiste en:

“Los documentos escritos, signados por el paciente o su representante legal, mediante los cuales se acepte, bajo debida información de los riesgos y beneficios esperados, un procedimiento médico quirúrgico con fines de diagnóstico o, con fines diagnósticos, terapéuticos o rehabilitatorios.”

5.16. Asimismo, de manera ilustrativa es preciso señalar que el derecho en comento también encuentra sustento en diversos ordenamientos internacionales, que es pertinente citarlos en este documento:

“Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial Sobre los Derechos del Paciente:

...

PRINCIPIOS.

4. El paciente inconsciente a. Si el paciente está inconsciente o no puede expresar su voluntad, se debe obtener el consentimiento de un representante legal, cuando sea posible y cuando sea legalmente pertinente. b. Si no se dispone de un representante legal, y se necesita urgente una intervención médica, se debe suponer el consentimiento del paciente, a menos que sea obvio y no quede la menor duda, con base a lo expresado previamente por el paciente o por convicción anterior, que éste rechazaría la intervención en esa situación. c. Sin embargo, el médico siempre debe de tratar de salvar la vida de un paciente inconsciente que ha intentado suicidarse.”

5.17. Es indudable que en la prestación de los servicios profesionales de los médicos adscritos al Sector Salud del Distrito Federal, intervienen innumerables factores de riesgo, unos más detectables que otros, así como unos a su alcance y otros fuera de él que afectan el resultado con motivo del ejercicio de sus funciones. Los servidores públicos del Hospital General Doctor Rubén Leñero y del Hospital Pediátrico Legaria, al no tener una debida coordinación, no contar con el equipo adecuado, ni con el personal técnico suficiente, incurrieron en una falta al deber de prevención, de acuerdo con las pruebas que obran en el expediente de queja, incumpliendo con ello el deber de cuidado al que estaban obligados por su carácter de servidores públicos del Gobierno del Distrito Federal, en cuanto a la atención médica que debían proporcionar al señor José Guillermo Jasso Manzanares, omisión que, en su caso, deberá ser investigada hasta sus últimas consecuencias por las instancias pertinentes de la Secretaría de Salud del Distrito Federal.

5.18. La violación al derecho a la salud llegó al extremo de ocasionar la muerte de José Guillermo Jasso Manzanares, como ha quedado plenamente demostrado en la investigación a cargo de esta Comisión, derivando en una responsabilidad del Estado, en este caso, como consecuencia de actos irregulares e inadecuados de servidores públicos adscritos a la Secretaría de Salud, quienes transgredieron la obligación al deber de previsión que el traslado de mérito requería, no tomando las medidas y acciones necesarias para evitar un riesgo mayor en agravio de José Guillermo Jasso Manzanares.

5.19. Esta Comisión no pasa por alto el hecho de que la ausencia de equipos e instrumental médico en buenas condiciones, rebasa en múltiples ocasiones a los servidores públicos que, como en este caso, tienen funciones específicas y determinadas por la naturaleza de sus cargos. Sin embargo, esto no debe ser óbice para soslayar su responsabilidad por la falta de previsión, ni mucho menos para enfatizar que carencias de esta naturaleza son o pueden ser causas directas de violaciones a derechos humanos, pudiendo llegarse al extremo —como lo fue en este caso— de afectar un derecho fundamental como lo es el derecho a la vida. Generando, en consecuencia, a cargo del Estado, una responsabilidad objetiva y directa en materia de derechos humanos, lo cual implica una visión —sui generis— distinta a una responsabilidad en materia penal, civil o administrativa, que debe ser integral, complementaria entre la norma interna y la norma internacional.

6. DEBER DEL ESTADO DE PROTEGER Y GARANTIZAR LOS DERECHOS HUMANOS Y SU OBLIGACIÓN POSITIVA DE REPARAR LOS DAÑOS Y PERJUICIOS POR LAS VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS QUE COMETEN SUS SERVIDORES PÚBLICOS.

El Estado y el Derecho, debemos entenderlos como una creación humana de orden jurídico-política, dicha invención permite a los seres humanos, contar con un referente básico de convivencia en sociedad. Durante el siglo XX, dicha invención se ha venido a enriquecer con otra enorme contribución para el género humano, los derechos humanos; hoy en día solo se puede entender que un Estado es de Derecho y democrático, en la medida y solo en la medida que cumple con un estándar mínimo de protección y garantía de los derechos fundamentales de las personas, sea la condición que sea de esas personas, hoy en día, solo se puede concebir que el Estado es una invención para el ser humano y no a la inversa, porque se entiende que el Estado, material y sustantivamente, tiene sentido y fin, cuando

estructuralmente esta configurado para comprender que la dignidad y los derechos de la persona humana, cualquiera que sea la condición de esa persona, son el único y esencial sentido que le puede y le debe imprimir a sus actividades y funciones estatales. Por tanto, los poderes públicos del Estado tienen como misión constitucional, servir a todas las personas, utilizar todos los instrumentos a su alcance para que ninguna de las necesidades de las personas que conforman la población queden sin ser atendidas; así, todos los recursos materiales, económicos y humanos con que cuenta el Estado, necesaria e indispensablemente tienen que estar al servicio de las necesidades humanas, atender apropiada y suficientemente dichos requerimientos, es el único sentido y fin, racionalmente aceptable para el cual se ha inventado la entelequia del Estado; en consecuencia, de conformidad con los criterios de derechos humanos que sustancialmente le dan un perfil, materialmente diferente al Estado de nuestro tiempo, es una construcción en la que cotidianamente y permanentemente, deben estar comprometidos, no sólo quienes desde el campo de los Defensores de Derechos Humanos estamos decididos a alcanzarlos, sino también, desde luego, están obligadas legal, pero sobre todo éticamente, las personas que colaboran para los servicios que presta el Estado. No realizar desde el ámbito de la estructura del Estado, los fines de los derechos humanos, nos conduce como sociedad, a una infinidad de riesgos y peligros, de abismos y barbaries, de ilegalidades e impunidades, mismas que destruyen y corroen el tejido social, que es muy difícil después, reconstruir. En suma, para esta Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, es una convicción trabajar por construir un Estado de Derecho, estructurado en función de las necesidades y requerimientos básicos del conjunto de las personas, dicha construcción no es posible sin la voluntad y el compromiso político de quienes están en el timón del Estado y sin la participación conciente y responsable de los miembros de la sociedad, el fruto de ese binomio será en el futuro, un Estado de los Derechos Humanos.

6.1. En el ámbito del derecho internacional, se establece que los derechos civiles y políticos, así como los de naturaleza económica, social y cultural imponen sobre los Estados tres tipos de obligaciones como son: de respetar, proteger y cumplir. El incumplimiento de cualquier obligación constituye una violación a dichos derechos. La obligación de proteger exige al Estado una condición de prevenir las posibles violaciones de sus servidores públicos y la obligación de cumplir requiere que el Estado adopte las medidas legislativas, administrativas, **presupuestarias** y legales para lograr la efectividad de dichos derechos. En el caso concreto, se podría constituir una violación si el Estado no proporciona la atención primaria de salud esencial a las personas que lo necesiten. En el mismo tenor, las Directrices de Maastricht, Violaciones a los Derechos Económicos Sociales y Culturales **19**, establecen que:

“Las obligaciones de conducta y resultado.

Las obligaciones de respetar, proteger y cumplir incluyen elementos de obligación de conducta y de obligación de resultado. La obligación de conducta exige acciones racionales concebidas con el propósito de asegurar el ejercicio de un derecho específico. Por ejemplo, en el caso del derecho a la salud, la obligación de conducta podría implicar la aprobación y ejecución de un plan de acción destinado a reducir el índice de mortalidad materna. La obligación de resultado requiere que los Estados cumplan objetivos concretos que satisfagan una norma sustantiva precisa. Por ejemplo, con respecto al derecho a la

salud, la obligación de resultado exige que se reduzca la tasa de mortalidad materna a los niveles acordados en la Conferencia Internacional del El Cairo sobre la Población y el Desarrollo de 1994 y la Cuarta Conferencia Mundial de Beijing sobre la Mujer 1995.”

6.1.1. En el mismo orden de ideas, el derecho a la protección de la salud es una responsabilidad que comparten el Estado, la sociedad y los usuarios, por el carácter social de este derecho se impone un deber al poder público si existe responsabilidad por parte de los funcionarios del Estado.

6.2. Esta Comisión encontró los elementos suficientes para acreditar la violación al derecho a la salud en conexidad con el derecho a la vida, del señor José Guillermo Jasso Manzanares, cometido en su agravio por servidores públicos adscritos al Hospital General Doctor Rubén Leñero y al Hospital Pediátrico Legaria, dependientes de la Secretaría de Salud del Distrito Federal. Por ello, resulta una obligación positiva de cumplir y reparar por las violaciones a los derechos humanos.

Lo anterior atendiendo al principio constitucional de protección a la salud como garantía social **20**.

6.3. De las pruebas que se recabaron para integrar el expediente de queja, se desprende que:

a) El Hospital General Doctor Rubén Leñero, no cuenta con una unidad móvil de cuidados intensivos de las que contempla la Norma Oficial Mexicana NOM-020-SSA2-1994, por lo que los traslados de los pacientes en condiciones graves se realizan en unidades móviles de urgencias.

b) Las unidades móviles del Hospital General Doctor Rubén Leñero, no cuentan con el instrumental médico y los medicamentos suficientes y necesarios para la atención de los pacientes.

c) Tanto el Hospital General Doctor Rubén Leñero como el Hospital Pediátrico de Legaria dependientes de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, no cuentan con el personal técnico de enfermería intensivista y/o técnicos en urgencias médicas —paramédico— suficiente para prestar la atención médica interhospitalaria a los pacientes, por lo que los servicios que proporcionan a los pacientes no reúnen los requisitos mínimos suficientes para la debida atención.

d) Con base en la *costumbre*, los servidores públicos de los hospitales de la Secretaría de Salud del Distrito Federal no realizan la hoja de referencia y contrarreferencia y no siempre integran los expedientes clínicos de los pacientes y usuarios, según lo establece la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998.

e) Las políticas de coordinación que trabajo social realiza para llevar a cabo la comunicación entre los hospitales no es la adecuada, porque los pacientes no son recibidos en los hospitales receptores. Lo que genera traslados innecesarios, con recursos humanos y materiales que de igual manera serían innecesarios.

6.3.1. Las anteriores apreciaciones realizadas por la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, llevan a afirmar que los funcionarios del Hospital General Doctor Rubén Leñero, no cuentan con el equipo necesario para ejercer debidamente las funciones que tienen encomendadas.

6.4. En el mismo sentido, la Secretaría de Salud del Distrito Federal es la dependencia que se encarga de prestar los servicios médicos a los internos de los diferentes Centros Penitenciarios del Gobierno del Distrito Federal. Por lo que esta Comisión considera que para prevenir violaciones a los derechos humanos de los citados internos como usuarios de los servicios de salud del Gobierno del Distrito Federal y evitar en lo futuro violaciones a los derechos humanos como ocurrió en el caso particular, se requiere que el Estado actúe de acuerdo con su obligación positiva de cumplir con los servicios de salud.

6.5. La obligación del Estado de reparar por violaciones a derechos humanos tiene también sustento legal en el artículo 1.1 de la Convención Americana **21** donde se establece la obligación del Estado de respetar los derechos reconocidos por la misma, al señalar que:

“Los Estados partes en esta Convención, se comprometen a respetar los derechos y libertades reconocidos en ella y a garantizar su libre y pleno ejercicio a toda persona que esté sujeta a su jurisdicción, sin discriminación alguna con motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social.”

6.5.1. De conformidad con el citado artículo, es ilícita toda forma de ejercicio del poder público que viole los derechos reconocidos por la Convención Americana. En este sentido, todo hecho en el cual un órgano o funcionario del Estado o de una institución de carácter público que lesione indebidamente alguno de dichos derechos, estará ante el supuesto de inobservancia del deber de respeto consagrado en ese artículo. Esa conclusión es independiente de que el órgano o funcionario haya actuado en contra de disposiciones del derecho interno, puesto que es un principio de derecho internacional que el Estado responda por los actos u omisiones de sus agentes realizados en su carácter de servidores públicos.

6.5.2. En este sentido, el artículo 1.1 de la Convención Americana “Pacto de San José de Costa Rica” es fundamental para determinar si una violación de los derechos humanos reconocidos por la Convención puede ser atribuida a un Estado Parte. En efecto, dicho artículo pone a cargo de los Estados Partes los deberes fundamentales de respeto y de garantía, de tal modo que todo menoscabo a los derechos humanos, que pueda ser atribuido según las reglas del Derecho Internacional, a la acción u omisión de cualquier autoridad pública, constituye un hecho imputable al Estado que compromete su responsabilidad en los términos previstos por la misma Convención **22**. Este artículo contiene la obligación contraída por los Estados Partes en relación con cada uno de los derechos protegidos, de tal manera que toda pretensión que establezca que se ha lesionado alguno de esos derechos, implica necesariamente que se ha infringido el citado artículo **23**.

6.6. Cabe destacar que con base en los principios establecidos por el Derecho Internacional respecto de los derechos humanos, existió una falta de prevención por parte del personal del Hospital General Doctor Rubén Leñero y Hospital Pediátrico Legaria, quienes al violar el

derecho a la salud del señor José Guillermo Jasso Manzanares, trajo como consecuencia la trasgresión a los derechos contemplados en las disposiciones legales antes citadas.

6.6.1. Quedó demostrado que los servidores públicos del Hospital General Doctor Rubén Leñero, no contaban con el equipo necesario y el personal suficiente para ejercer sus funciones en forma idónea, actualizándose las violaciones a derechos humanos imputables a las autoridades públicas en ejercicio o con motivo de sus funciones, imputables al Estado por la responsabilidad que le resulta, ya que en primer término éste debe responder por el actuar de sus servidores públicos y en segunda instancia el Estado —como garante— debe proveer a sus instituciones con el material, equipo y personal suficiente para atender el principio constitucional derecho de protección a la salud **24**.

6.7. La obligación de garantizar el libre y pleno ejercicio de los derechos humanos no se agota con la existencia de un orden normativo dirigido a hacer posible el cumplimiento de esta obligación, sino que comporta la necesidad de una conducta gubernamental que asegure la existencia, en la realidad, de una eficaz garantía del libre y pleno ejercicio de los derechos humanos **25**. De acuerdo con los criterios establecidos por la Corte Interamericana de Derechos Humanos **26**:

*“El Estado está en el deber jurídico de prevenir, razonablemente, las violaciones de los derechos humanos, de investigar seriamente con los medios a su alcance las violaciones que se hayan cometido dentro del ámbito de su jurisdicción a fin de identificar a los responsables, de imponerles las sanciones pertinentes y de asegurar a la víctima una adecuada reparación. **27**”*

6.8. Al respecto, es de señalar que para garantizar plenamente los derechos humanos reconocidos por la Convención, no es suficiente que el Estado emprenda una investigación y trate de sancionar a los culpables, sino que es necesario además, que toda esta actividad del Estado culmine con la reparación a la parte lesionada —sociedad—, lo que en este caso particular, deviene en que la Secretaría de Salud del Distrito Federal proporcione un mejor equipo a sus hospitales y más personal capacitado para que de esta forma puedan cumplir óptimamente con las funciones que tienen encomendadas y con ello, evitar en lo futuro violaciones a los derechos humanos **28**, por no brindar la atención médica adecuada. A mayor abundamiento, cabe decir que la Corte Interamericana de Derechos Humanos ha opinado en relación con la “justa indemnización” que:

“Desde sus primeros casos contenciosos en materia de reparaciones (Velásquez Rodríguez y Godínez Cruz), la jurisprudencia de la Corte se concentró sobretodo en el elemento de la “justa indemnización” como medida de reparación, curiosamente haciendo abstracción del deber de garantizar en el presente contexto, igualmente consagrado en el artículo 63.1 de la Convención Americana. Es llegado el tiempo de vincular tal deber a la “justa indemnización”, como prescribe el artículo 63.1. Dicho deber abarca todas las medidas —inclusive legislativas— que deben tomar los Estados Partes para proporcionar a los individuos bajo su jurisdicción el pleno ejercicio de todos los derechos consagrados en la Convención Americana. Por consiguiente, a la luz de lo dispuesto en el artículo 63.1, entiendo que la Corte debiera proceder a la fijación tanto de las indemnizaciones como de otras medidas de reparación resultantes del deber de garantizar el goce de los derechos

conculcados. La interpretación —que se sostiene— es la que parece estar en plena conformidad con el carácter objetivo de las obligaciones convencionales contraídas por los Estados Partes en la Convención Americana.29 ”

6.9. Con la justa reparación la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, pretende que se mejore la calidad de los servicios que se les proporciona a los usuarios del sector salud y disminuir las violaciones a los derechos humanos. Para ello, es importante que el Estado realice las acciones pertinentes para disponer de los recursos financieros, ya que su escasez, no exime al Estado de sus obligaciones mínimas para la aplicación, respeto y desarrollo de los derechos económicos, sociales y culturales. Atendiendo a la obligación positiva del Estado de respetar, proteger y cumplir con los derechos humanos.

6.10 Asimismo, la autoridad responsable deberá reparar los daños ocasionados al agraviado, realizando la investigación correspondiente respecto de las actuaciones de los servidores públicos que con sus acciones y omisiones violaron los derechos fundamentales de quien en vida llevó el nombre de José Guillermo Jasso Manzanares.

7. FUNDAMENTO DE ESTA COMISIÓN PARA EMITIR LA PRESENTE RECOMENDACIÓN.

7.1. Dentro de la legislación interna y aplicable al Distrito Federal, en particular los artículos 16, 21, 102, apartado B y 133 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; con relación con el artículo 1 fracción I, II y V, 13 B, I, VI 23, 32 y 50 de la General de Salud; 12, fracciones I y VIII, 16, 17 fracción I, II y IV y 19 del Estatuto de Gobierno del Distrito Federal; 1 bis, II, 2, VII, VIII, 5, 16 bis, 51 y 52 de la Ley de Salud para el Distrito Federal; 87, 88 y 89 del Reglamento de Reclusorios del Distrito Federal; y NOM-168-SSA1-1998 y NOM-020-SSA2-1994, esta Comisión estima procedente que la Secretaría de Salud del Distrito Federal, por la responsabilidad que le resulta, por el actuar de sus servidores públicos, gire sus instrucciones a quien corresponda a fin de que se realicen las acciones pertinente para dar cumplimiento a los puntos petitorios de la presente Recomendación.

7.2. Independientemente del fundamento sustantivo y adjetivo que ha quedado detallado en el rubro de motivación y fundamentación que soportan la convicción de esta Recomendación y de los artículos 1°, 2°, 3°, 5° 6°, 17 fracción IV, 22 fracción IX, 24 fracción IV, 45, 46, 47, 48 y 52 de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, así como 4°, 119 y 120, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143 y 144 del Reglamento Interno de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, el Presidente de la misma concluyó esta queja atendiendo a los puntos de la siguiente:

RECOMENDACIÓN

PRIMERO. Que la Secretaría de Salud del Distrito Federal investigue, a través de sus instancias competentes, los hechos materia de esta Recomendación, informando el resultado de la misma a esta Comisión.

SEGUNDO. Que la Secretaría de Salud del Distrito Federal incluya en sus Programas Operativos Anuales —presupuesto de los próximos años— lo siguiente:

a) La creación y permanencia de un Centro de Atención Integral Interhospitalaria, compuesto por ambulancias de alta tecnología (de terapia intensiva) según lo establece la Norma Oficial Mexicana NOM-020-SSA2-1994, cuyo servicio se coordinará por medio de un centro regulador, lo que permitirá que esa dependencia esté en posibilidades de proporcionar al Hospital General Doctor Rubén Leñero y a otros, una unidad móvil para atender debidamente cualquier traslado de pacientes;

b) La contratación de personal de apoyo en la atención interhospitalaria, como enfermeras intensivistas o técnicos en urgencias médicas (paramédico);

TERCERO. Que la Secretaría de Salud del Distrito Federal difunda a todos los Hospitales del sector salud los lineamientos y el diagrama de flujo establecidos por la Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias en esa Secretaría, en cuanto al envío de pacientes entre nosocomios. Además, establezca controles documentados que aseguren el cumplimiento de los citados lineamientos, evitando así traslados innecesarios y garantizando la recepción del paciente en el hospital al que se refiere. Asimismo, se elaboren las hojas respectivas de referencia y contrarreferencia.

CUARTO. Que la Secretaria de Salud o quien ella indique, ordene por escrito al personal que corresponda, la integración de los expedientes clínicos de los pacientes y usuarios de conformidad con lo que establece la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998.

En tal virtud, con fundamento en los artículos 48 de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal y 142 del Reglamento Interno de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, se le hace saber a la Titular de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, que dispone de un plazo de 15 días hábiles contados a partir del día siguiente en 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 se 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.

Así lo determinó y firmó:

EL PRESIDENTE DE LA COMISIÓN DE DERECHOS DE HUMANOS DEL DISTRITO FEDERAL

MTRO. EMILIO ÁLVAREZ ICAZA LONGORIA

NOTAS AL PIE DE PÁGINA:

1. Las notas de Trabajo Social, sólo se realizan cuando hay trámites que realizar o cuando hay información relevante.

2. Los potenciales evocados -método diagnóstico para determinar respuesta neurológica motora-, no se pueden realizar en la red de hospitales del Gobierno del Distrito Federal, por lo que se solicita a otras instituciones el servicio.

3. Se transcribe literalmente una nota de enfermería, contenida en la hoja de "Registros clínicos, tratamientos y observaciones de enfermería". Del 25 de noviembre de 2002, turno vespertino, sin nombre y sin firma. <<Regresa paciente 16:35 h. Procedente de la TAC con antecedente de paro cardiorespiratorio en el transcurso del traslado, se registran signos vitales, se monitoriza no presenta constantes vitales ni se realizan maniobras de resucitación, fallece 16:30 h., con DX de encefalopatía anoxo-isquémica, se procede a amortajar previa visita del familiar se realiza la nota por el doctor Villatoro.

4. Medicina Legal Mexicana, Dr. Ramírez Covarrubias, Litográficas Joman, S.A. de C.V., México; D.F

5. El derecho constitucional a la protección de la salud.

6. Aprobada por la Asamblea General de la Organización de Naciones Unidas (ONU), mediante Resolución 217 A (III) de fecha 10 de diciembre de 1948.

7. Ratificado por México el 23 de marzo de 1981.

8. Ratificada por México el 24 de marzo de 1981.

9. Adoptado por la Organización de Naciones Unidas el 17 de noviembre de 1988.

10. Adoptada por la Organización de Naciones Unidas el 2 de mayo de 1948.

11. Ratificado por México el 16 de abril de 1966 y publicado el 27 de diciembre de 1995 en el Diario Oficial de la Federación.

12. La Ley General de Salud resulta ser un ordenamiento reglamentario del artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que fue publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984.

13. Adoptado por la Organización de Naciones Unidas el 18 de diciembre de 1982.

14. Adoptadas por la Organización de Naciones Unidas el 30 de agosto de 1955.

15. Adoptadas por la Organización de Naciones Unidas el 9 de diciembre de 1988.

16. Adoptadas por la Organización de Naciones Unidas el 14 de diciembre de 1990.

17. Publicada en el Diario Oficial de la federación el 3 de agosto de 1994.

18. Entendida ésta como la otorgada durante el traslado entre los hospitales, con el fin de mantener la estabilidad del paciente durante el mismo y controlar los riesgos

para la vida, la integridad física o las funciones corporales,... Artículo 3.4.1. de la NOM-020-SSA2-1994.

19. Maastricht, 22-26 de enero de 1997.

20. Los derechos sociales aparecen en México en 1917 -Constitución-, conceptualizándose como el conjunto de normas jurídicas que consignan principios y procedimientos protectores de las personas y de los sectores de la sociedad, en aquellos ámbitos de los que depende la existencia humana.

21. México es parte de la Convención desde el 24 de marzo de 1981.

22. Corte I.D.H., Caso Velásquez Rodríguez, Sentencia de 29 de julio de 1988, Serie C, No. 4, párr. 164; Corte I.D.H. Caso Godínez Cruz, Sentencia del 20 de enero de 1989, Serie C, No. 5, párr. 173; Corte I.D.H., Caso Caballero Delgado y Santana, Sentencia del 8 de diciembre de 1995, Serie C, No. 22, párr. 56.

23. Corte I.D.H., Caso Velásquez Rodríguez, Sentencia de 29 de julio de 1988, Serie C, No. 4, párr. 162; Corte I.D.H. Caso Godínez Cruz, Sentencia del 20 de enero de 1989, Serie C, No. 5, párr. 171; Corte I.D.H., Caso Neira Alegría y Otros, Sentencia del 19 de enero de 1995, Serie C, No. 20, párr. 85.

24. Voto razonado del Juez Rodolfo Piza Escalante, asunto Viviana Gallardo y ot. N° 101-81, Serie A, Resolución de 15 de julio de 1981, decisión del 13 de noviembre de 1981, párr. 5; Voto razonado del Juez Rodolfo E. Piza Escalante, asunto Viviana Gallardo y ot. N° 101-81, Serie A, resolución del 15 de julio de 1981, Resolución del 8 de septiembre de 1983, párr. 34.

25. Corte I.D.H., Caso Velásquez Rodríguez, Sentencia de 29 de julio de 1988, Serie C, No. 4, párr. 167-168.

26. El Senado de la República, en diciembre de 1998, aprobó la competencia contenciosa de la Corte.

27. Corte I.D.H., Caso Velásquez Rodríguez, Sentencia de 29 de julio de 1988, Serie C, No. 4. Corte I.D.H. Caso Godínez Cruz, Sentencia del 20 de enero de 1989, Serie C, No. 184.

28. Corte I.D.H., Caso Caballero Delgado y Santana, Sentencia del 8 de diciembre de 1995, Serie C, No. Párrs. 57. 59.

29. Voto disidente del Juez Antonio Cancado Trindade, Corte I.D.H., Caso Caballero Delgado y Santana, Reparaciones (Artículo 63.1, Convención Americana Sobre Derechos Humanos). Sentencia del 29 de enero de 1997, Serie C No. 31, párrs. 11-21.