



Comisión Nacional de los Derechos Humanos México

RECOMENDACIÓN 46/1998

Síntesis: El 17 de enero de 1996, la Comisión Nacional de Derechos Humanos recibió el escrito de queja de la señora Leticia Medina Barrios, mediante el cual denunció presuntas violaciones a los Derechos Humanos en agravio de su menor hijo David Alejandro Medina.

En el escrito de referencia, la quejosa expresó que, el 24 de noviembre de 1995, se presentó en la Escuela Secundaria Técnica 85, de la Secretaría de Educación Pública, a recoger a su hijo David Alejandro Medina Barrios, encontrándolo “con los ojos vidriosos, la vista perdida y babeando”, y que no la reconoció, por lo que fue trasladado al Hospital Regional de Cuauhtepc del Departamento del Distrito Federal; que de ese lugar fue conducido al Hospital de Ginecoobstetricia y Urgencias Pediátricas del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), ubicado en avenida Instituto Politécnico Nacional, en donde no lo quisieron atender, alegando que no era derechohabiente, por lo que lo remitieron al Hospital Pediátrico de Coyoacán, dependiente de la Dirección General de Servicios de Salud del Departamento del Distrito Federal; posteriormente fue internado en el Instituto Nacional de Pediatría de la Secretaría de Salud, lugar donde falleció. A dicha queja se le asignó el número de expediente CNDH/121/96/DF/7991.

Del análisis de la información recabada, así como de la investigación realizada por este Organismo Nacional, se concluye que en el presente caso se acreditaron actos que violan los Derechos Humanos, y que se transgredieron ordenamientos legales e instrumentos internacionales en perjuicio del menor David Alejandro Medina.

Considerando que la conducta de los servidores públicos involucrados es contraria a lo dispuesto en los artículos 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; XI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; 25.1 de la Declaración Universal de Derechos Humanos; 10.1 y 10.2, del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador”; 12.1 y 12.2, del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; 1o., 2o., 5o., 6o., 23, 32, 33, 51, 55 y 71, de la Ley General de Salud; 2o. y 303, de la Ley del Seguro Social; 1o., 7o., 8o., 9o., 48 y 52, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención

Medica, y 47, fracción I, de la Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos, esta Comisión Nacional de Derechos Humanos emitió, el 15 de mayo de 1998, una Recomendación al Secretario de Salud, a fin de que proceda a enviar sus instrucciones a la Contraloría Interna de la Secretaría de Salud, a efecto de que se inicie un procedimiento administrativo de investigación para determinar la responsabilidad en que pudieron haber incurrido los servidores públicos del Instituto Nacional de Pediatría que suministraron benzoato de sodio por vía oral, sin sonda, al menor, así como por realizar la reanulación del mismo, ya que dicho manejo fue efectuado de manera precipitada, sin los cuidados que corresponden a la técnica; y que de encontrarse responsabilidad administrativa, se les sancione conforme a Derecho. Al Jefe de Gobierno del Distrito Federal se le recomendó que se sirva instruir a la Contraloría Interna del Distrito Federal para que inicie un procedimiento administrativo de investigación con objeto de determinar la responsabilidad en que pudieran haber incurrido los servidores públicos adscritos al Hospital Pediátrico de Coyoacán que intervinieron en la atención del menor agraviado, por el retraso en el envío de las muestras de los biológicos para su análisis y estudio, y que, de existir responsabilidad administrativa, se les sancione conforme a Derecho. Por último, al Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social se le recomendó que envíe sus instrucciones a la Contraloría Interna del IMSS, a efecto de que se inicie un procedimiento administrativo de investigación para determinar la posible responsabilidad de los servidores públicos del Hospital de Ginecoobstetricia y Urgencias Pediátricas 3-A de ese Instituto que hayan negado la atención médica al menor Alejandro David Medina, por no ser derechohabiente de ese organismo, y, en caso de resultar alguna responsabilidad, que se les sancione conforme a Derecho.

México, D.F., 15 de mayo de 1998

Caso del menor David Alejandro Medina Barrios

Dr. Juan Ramón de la Fuente Ramírez,

Secretario de Salud,

Ing. Cuauhtémoc Cárdenas Solórzano,

Jefe de Gobierno del Distrito Federal,

Lic. Genaro Borrego Estrada,

Director General del Instituto

Mexicano del Seguro Social,

Ciudad

Muy distinguidos señores:

La Comisión Nacional de Derechos Humanos, con fundamento en los artículos 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1o.; 6o., fracciones II y III; 15, fracción VII; 24, fracción IV; 44; 46 y 51, de la Ley de la Comisión Nacional de Derechos Humanos, ha procedido al examen de los elementos contenidos en el expediente CNDH/121/96/DF/7991, relacionado con el caso del menor David Alejandro Medina Barrios.

I. HECHOS

1. Esta Comisión Nacional recibió, el 17 de enero de 1996, el escrito de queja de la señora Leticia Medina Barrios, mediante el cual denunció presuntas violaciones a los Derechos Humanos en agravio de su menor hijo David Alejandro Medina.

La quejosa expresó que a las 13:50 horas del 24 de noviembre de 1995 se presentó en la Escuela Secundaria Técnica 85 “Francisco González Bocanegra” de la Secretaría de Educación Pública, a recoger a su hijo David Alejandro Medina Barrios, encontrándolo “con los ojos vidriosos, la vista perdida y babeando”, y que no la reconoció, por lo que solicitó ayuda al doctor de la misma secundaria, Óscar Rebolledo Romero, quien se negó a atenderla. Indicó que el maestro Alberto García Rodríguez, Subdirector del turno vespertino del plantel, le ordenó al médico

de la escuela que llevara al menor a un nosocomio, trasladándolo al Hospital Regional de Cuauhtepac del Departamento del Distrito Federal; que de ese lugar fue conducido al Hospital de Ginecoobstetricia y Urgencias Pediátricas del Instituto Mexicano del Seguro Social, ubicado en avenida Instituto Politécnico Nacional, en donde no lo quisieron atender, alegando que no era derechohabiente, por lo que a las 19:00 horas lo remitieron al Hospital Pediátrico de Coyoacán, también perteneciente al Gobierno del Distrito Federal, donde “lo amarraron y lo tuvieron sedado”.

Por otro lado, la quejosa manifestó que el 28 de noviembre de 1995 denunció los hechos ante la 22a. Agencia del Ministerio Público de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, iniciándose la averiguación previa 22/ 3580/95-11, en donde el personal de la misma le manifestó que comenzarían la investigación cuando el niño pudiera declarar, ya que en ese momento no podía hablar.

Señaló que en “un momento de lucidez”, el menor habló de “cinco pastillas” que le había proporcionado alguien de nombre “Iel”, y que existen sospechas fundadas de que en la escuela se trafica con drogas, y que no obstante ello, la referida Procuraduría no actuó “para resolver dicha situación”.

La quejosa agregó que en el Hospital Pediátrico de Coyoacán, perteneciente al Gobierno del Distrito Federal, no le permitieron verlo durante los 13 días que permaneció allí, y que el 7 de diciembre del año citado, su hijo fue internado en el Instituto Nacional de Pediatría de la Secretaría de Salud, con diagnóstico probable de encefalitis, sin que le practicaran resonancias magnéticas “por falta de dinero”.

Añadió que le solicitaron medicamentos __mismos que ella solventó__ y que a las 12:50 horas del 22 de diciembre de 1995, su hijo falleció en el último de los nosocomios mencionados, negándole la entrega del cuerpo “hasta que pagara el servicio”. Añadió que el profesor Víctor Yáñez Mirón, Director de la Secundaria Técnica 85, no le permitió entrevistarse con los maestros de su hijo ni platicar con el amigo que el menor tenía en el plantel.

Afirmó que el 11 de enero de 1996 se presentó en su domicilio una persona __cuyo nombre no proporcionó__, quien manifestó ser de la Dirección de Secundarias de la Secretaría de Educación Pública, acompañado del Subdirector Gilberto García Rodríguez y del maestro Alejandro Patista, quienes le entregaron un oficio en el que se establecían “falsedades respecto de lo que sucedió a su hijo”.

En atención al escrito de queja, esta Comisión Nacional solicitó, mediante los oficios 2485 y 5936, del 31 de enero y 29 de febrero de 1996, respectivamente, al licenciado Luis Vega García, Director General de Asuntos Jurídicos de la Secretaría de Educación Pública, un informe detallado sobre los hechos que dieron origen al expediente de queja.

De igual forma, mediante los diversos 2486 y 5938, del 31 de enero y 29 de febrero de 1996, respectivamente, se requirió al licenciado José de Jesús Díez de Bonilla Altamirano, Coordinador General de Atención al Derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social, copia de la documentación relacionada con la atención que se brindó al menor David Alejandro Medina Barrios.

Asimismo, por medio de los recursos 2484 y 5937, del 31 de enero y 29 de febrero de 1996, respectivamente, se pidió al licenciado Ricardo García Villalobos, entonces Supervisor General para la Defensa de los Derechos Humanos de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, copia fotostática de la averiguación previa 22/3580/95-11.

Mediante el oficio 4291, del 14 de febrero de 1996, se requirió al licenciado Lorenzo Thomas Torres, entonces Subsecretario de Asuntos Jurídicos del Departamento del Distrito Federal, copia del expediente clínico del agraviado.

De igual manera, con el recurso 12865, del 12 de mayo de 1998, se pidió al licenciado David Zamora Ramírez, encargado del despacho de la Supervisión General de Derechos Humanos de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, que informara acerca del estado que guardaba la averiguación previa 22/3580/95-11.

En respuesta a los requerimientos de información señalados en los párrafos precedentes, en esta Comisión Nacional se recibió el diverso D/12/96, del 6 de febrero de 1996, suscrito por la doctora Rosa María Díaz Beltrán, Directora del Hospital Pediátrico de Coyoacán, dependiente de la Dirección General de Servicios de Salud del Departamento del Distrito Federal, al que anexó la información solicitada.

Así también, se obtuvo el oficio 205.1.3./DA/ 140/96, del 16 de febrero de 1996, signado por el licenciado Antonio Meza Zamudio, Subdirector de Asuntos Judiciales de la Dirección de lo Contencioso de la Dirección General de Asuntos Jurídicos de la Secretaría de Educación Pública, en el que anexó el informe del señor Luis Peña Manzur, Subdirector de Escuelas Secundarias Técnicas en el Distrito Federal.

Asimismo, se recibió el diverso 35.12/002230, del 21 de febrero de 1996, signado por el doctor Mario Barquet Rodríguez, Coordinador de Atención al Derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social, al que se anexaron las hojas del registro diario del Servicio de Urgencias del Hospital de Ginecopediatría 3A de ese mismo organismo.

El 11 de mayo de 1998, se recibieron, vía fax, copias fotostáticas de la indagatoria 22/3580/ 95, donde consta la determinación que se dio a la investigación.

Del análisis de la información que se allegó esta Comisión Nacional de Derechos Humanos se desprende lo siguiente:

a) Actuaciones del Hospital Regional de Cuauhtémoc del Departamento del Distrito Federal.

i) La hoja de referencia y contrarreferencia del Hospital Cuauhtémoc, dirigida al Hospital Pediátrico de Coyoacán, ambos dependientes del Departamento de Distrito Federal, del 24 de noviembre de 1995, que indica lo que a continuación se transcribe:

A las 15:07 horas resumen: se trata de paciente de 13 años de edad, el cual tiene cambios de carácter, desde hace una hora aproximadamente, pálido con mirada a la deriva y hacia arriba, con crisis convulsivas secundarias, a la EF escolar en mal estado con lateralización a la derecha y crisis tónico-clónicas, con relajación de esfínteres. Se le instala solución glucosada al 5% 500 ml. diazepam aplicar de 2 mg, se ordena vigilar signos vitales por turno. IDx. Crisis convulsivas de etiología a determinar a descartar neurosepsis (sic).

b) Actuaciones del Instituto Mexicano del Seguro Social.

i) Las hojas de registro diario del Hospital de Ginecopediatría 3A del Instituto Mexicano del Seguro Social, del 24-11-95, donde no aparece el nombre del menor Alejandro David Medina Barrios.

c) Actuaciones del Hospital Pediátrico de Coyoacán.

i) Resumen clínico del que se observa lo siguiente:

Se descartan varias posibilidades diagnósticas, siendo éstas: intoxicación, al resultado negativos estudios toxicológicos en sangre y orina; infecciones, y habiéndose tomado punción lumbar en la que se reporta líquido cefalorraquídeo de características normales sin presentar bacterias y cultivo negativo; se descartó

también masa tumoral con resultados de TAC que únicamente mostró discreto edema, se solicitó además valoración neurológica, tomando electroencefalograma en la que se encuentran datos de encefalopatía generalizada con efecto medicamentoso, ya que había estado siendo tratado con fenobarbital.

Recientemente cursó con fiebre de 38 a 40 grados centígrados. Se encontró estuporoso, parcialmente consciente, se observó desviación de la comisura labial hacia la derecha, movimientos de la lengua hacia la derecha, hay cierto grado de hipertonia en miembro superior e inferior izquierdo, además se auscultan en campos pulmonares estertores transmitidos sin tener estertores broncoalveolares. El día de ayer se tomó muestra para detección de células LE, anticuerpos antinucleares, factor reumatoide, refiriéndose que los resultados serán entregados en dos semanas (quedan pendientes). Una fórmula roja reportó Hb 15, Hto. 45. leucocitos 5 600, linfocitos 18, monocitos 6, neutrofilos 76. Predominio de segmentados 76, plaquetas 364 000, glucosa 65, creatinina 0.7, urea 33.5, bilirrubina directa 68, indirecta de 40. Una segunda fórmula roja reportó: Hb 12.5, Hto. 38, leucocitos 8000. Fórmula blanca: linfocitos 14, eosinófilos 6, neutrófilos 80 segmentados 79, creatinina 0.4, urea 26, transaminasas 123 y 150, respectivamente, glucosa de 246, reacciones febriles 1:80, brucelosis negativa, antiestreptolisinas 200 UT, factor reumatoide negativo.

Con los datos actuales a la exploración se establece hemiplejía con lesión central izquierda, pudiendo ser ésta consecutiva a una hemorragia cerebral por ruptura de aneurisma o crisis hipertensiva, que hasta el momento no puede documentarse. Ya se ha solicitado cita para realizarse angiografía cerebral, programada para el 10 de diciembre. Sin embargo, dadas las condiciones generales, se traslada al INP a fin de complementar su estudio y tratamiento (sic).

d) Actuaciones del Instituto Nacional de Pediatría.

Del expediente clínico del menor David Alejandro Medina Barrios, se desprende lo siguiente:

i) La nota de ingreso, M. interna, con los datos anteriores se le toma BH la cual reporta Hto. 40.7, Hb 13.5, leucocitos 8 400, linf. 21.3, monocitos 11.2, plaq. 134 000.

ii) La nota de Otorrinolaringología establece epistaxis nasal izquierda, realizándose taponamiento nasal anterior, retiro de taponamiento en cinco días.

iii) El 8 de diciembre de 1995, en las últimas 72 horas con fiebre continua de 40 grados centígrados, se menciona que el cuadro febril es secundario a una celulitis de MPD independiente del cuadro neurológico y aunque la BH no da datos de infección se inicia con doble esquema antimicrobiano (dicloxacilina y amikacina), continuar con diazepam, dipirona, bajar temperatura con medios físicos.

iv) La nota de Estomatología. Se solicita interconsulta por referir que el paciente se mordió, presenta laceración en lengua. Se realiza lavado de la cavidad para valorar. Se solicitó a la madre un protector bucal blando debido a los movimientos bucales involuntarios, para evitar que se lastime.

v) Se solicitó valorar medidas antiamonio, hoja de balance y Ph urinario en cada micción.

vi) Se indican medidas antiamonio: neomicina, enemas con neomicina y benzoato de amonio vía oral.

vii) El 10 de diciembre de 1995 se indica haldol. Controlar temperatura con medios físicos.

viii) A las 15:00 horas el 11 de diciembre de 1995 se encuentra con agitación psicomotriz, fiebre de 39 grados centígrados Con discreta hipoventilación basal bilateral; se envió perfil vía oral para herpes, parotiditis y sarampión, así también, se envió recolección de orina para determinación de depuración de creatinina, también se solicita QS completa, ácido úrico, niveles de fenobarbital, pendiente TAC para valorar nueva punción lumbar, se tomó nuevo EEG que mostró encefalopatía aparentemente por niveles de amonio de 158 que después disminuyeron a 78, se solicita interconsulta a Neurología. Se tomó hemocultivo que va sin cambio. Se tomar urocultivo.

ix) Se suspenden enemas con neomicina, se dar tioridazina (melleril), resto igual.

x) A las 05:30 horas del 12 de diciembre de 1995, se avisa que aproximadamente a las 04:30 horas el niño se encontraba cianótico, al revisarse se encuentra en paro respiratorio con bradicardia importante, se intuba aspirando de traquea benzoato de sodio, se da asistencia con ambú recuperando FC normal, se deja con ventilador de 500, FIO2 80%, FR 21 por minuto.

El paro respiratorio fue de aproximadamente de tres a cinco minutos asistido con sesión de PPI. Rx. de tórax con broncograma aéreo apical bilateral y aumento de la trama vascular. Por antecedentes de fiebre de 39 grados centígrados a pesar de

su tercer día con antibióticos, más el evento de broncoaspiración que presentó, se decide cubrir con amikacina y clindamicina.

A las 12:35 horas no cuenta con fenobarbital y se observa un incremento en sus niveles de 36.1 con previos de 27.7, depuración de creatinina en 12 horas normal y con proteinuria de 0.14 que entra en ratos normales. Se indica sonda transpilórica para alimentación. Se aumentan dosis de tioridazina.

Nota de Neurología. El día anterior sin datos de agitación, mirada constante desviada hacia la derecha, pupilas isocóricas y normorreflécticas, movimientos oculares conservados, hay cuadriparesia espástica con predominio superior, respuesta plantar indiferente bilateral, manos con movimiento de dedos estereotipados que parecen corresponder a movimientos atetósicos.

Se encuentra bajo ventilación mecánica, con automatismo respiratorio y con periodos de agitación. Resto sin cambios. Es importante iniciar estudio inmunológico.

xi) A las 04:00 horas del 13 de diciembre de 1995, se decide extubar evolucionando posteriormente sin complicaciones ni accidentes, con campos pulmonares libres y bien ventilados. Se toma gasometría de control evolucionando adecuadamente. Se toman Rx de tórax de control.

A las 12:30 horas se encuentra afebril, el día anterior se colocó sonda nasogástrica, ya que no se consiguió la tra de edema papilar. Se espera que las condiciones del paciente mejoren para ser valorado nuevamente.

xii) El 15 de diciembre de 1995 se elabora nota de Infectología. Se considera que el síndrome encefálico es secundario a proceso infeccioso viral, se sugiere repetir la punción lumbar (PL) y realizar determinación de anticuerpos en suero y LCR. Iniciar inmediatamente aciclovir. En relación con su BNMIH (bronconeumonía intrahospitalaria) ya ha sido manejada con seis días de dicloxacilina y ampicilina, por lo que se sugiere cambio a vancomicina y ceftazidime.

A las 15:00 horas se encuentra afebril, sin embargo, presentó pico febril de 38 grados centígrados a las 12:00 y 14:00 horas. Se encuentra hemodinámicamente estable y con campos pulmonares bien ventilados con discreta hipoventilación basal izquierda. En la TAC contrastada se aprecia reforzamiento de vasos que es posible apreciar en procesos infecciosos e inflamatorios. Se suspende tioridazina, dicloxacilina, amikacina y se inicia haloperidol, vancomicina y ceftazidime, ranitidina y flunitrazepan.

Respiratoriamente inicia la guardia disminuyendo par metros de ventilación, mostrando en la oximetría retención de CO₂, debido en parte a que el paciente continuamente muerde la c nula. Al final de la guardia con volumen en 400, FiO₂ 80%, se valorar extubación el día de hoy, ya que presenta buena respuesta ventilatoria. Se reciben resultados de LCR con par metros normales (agua de roca, prot. 15, luc. 65 (102), cel. 3). El paciente persiste con agitación psicomotriz siendo necesaria la sedación con flunitrazepan.

xiii) El 17 de diciembre de 1995 continúa con el mismo manejo, se inicia cisaprida, dexametasona, lactulosa y neomicina.

A las 16:30 horas, nota de Anestesiología. Se solicita apoyo para intubar al niño por vía nasal, se procede sin complicaciones y se deja al menor con ventilación mecánica.

xiv) A las 14:45 horas del 18 diciembre de 1995, el paciente inicia con estridor muy importante, así como dificultad respiratoria dada por aleteo nasal, tiros intercostales y retracción xifoidea, con un Silverman de 5, por lo que se solicita apoyo al Servicio de Anestesiología y se procede a realizar intubación nasotraqueal con c nula portex, llevándose a cabo sin complicaciones, dándose apoyo ventilatorio con vol. de 500, FR de 30 por minutos, con una FiO₂ al 80%. Se solicita oximetría y Rx de control de c nula.

La gasometría reporta pH 7.53, PO₂ 59, PCO₂ 25, sat. 93%, por lo que se aumenta la FiO al 100% mejorando la PO₂ a 81 y la saturación a 97%. Se seda al paciente con flunitrazepan y relajado con pancuronio permite que se vayan bajando los par metros del ventilador. Los signos vitales al momento de intubación de: FC 98 por minuto, TA 120/70, temperatura 37 grados centígrados.

Actualmente con febrícula 37.5, con apoyo mecánico de ventilador, se ha disminuido FiO₂ sin poderse manejar otro par metro, ya que persiste con proceso neumónico, abundantes secreciones. Cuenta con Rx de tórax donde se aprecia atelectasia apical derecha; cursa con gasometría que indica hipoxemia.

En la valoración de Neurocirugía se sugirió iniciar con aciclovir, sin embargo, la familia no ha podido costearlo y en el servicio no contaban con él, no se ha podido conseguir por voluntariado, se tratara de obtener por compra directa. Se esperan en ocho días resultados de niveles de plomo en sangre. En caso de no resolverse atelectasia en 24 horas se pasar endoscopia. Se inicia dieta de 1800 calorías.

xv) El 19 de diciembre de 1995, en los Rx de tórax se aprecia que las imágenes de atelectasia van mejorando, apreciándose pulmón derecho mejor ventilado, sin embargo, con base izquierda se aprecia una banda de atelectasia, que puede corresponder a atelectasia laminar basal izquierda. Se ha continuado con fisioterapia para ayudar a la remisión de atelectasia, sin embargo, ante la persistencia se programa para broncoscopia. Inicia con evacuaciones disminuidas de consistencia y aumentando de frecuencia, indicándose dieta astringente y reposiciones de evacuaciones al 100% con sol. 1:1. Se empiezan a disminuir par metros ventilatorios.

Se reciben resultados de: proteína C reactiva 3.73 mg/dl; latex A.R. negativo; complemento sérico normal; AC antinucleares negativos; anti DNA desnaturalizado-negativo; ANCA negativo; inmunoglobulinas A, G y M normales; C3 y C4 normales.

xvi) El 20 de diciembre de 1995 se realiza broncoscopia por estenosis subglótica. Se introduce fibrobroncoscopio por narina derecha, observándose mucosa hiperémica y cornetes hiperplásicos, no permitiendo paso a rinofarínge, introducimos broncoscopio por cavidad oral, localizándose en hipofarínge a las estructuras glóticas de características normales, en espacio subglótico se observa mucosa hiperémica-inflamada, no hay estenosis; se localiza bronquio cubierto de secreciones espesas, las cuales lavamos y aspiramos hasta dejar libre de secreciones a bronquios segmentarios; pasamos a bronquio intermedio, visualizándose carina, hasta segmento 6 son normales; en bronquio principal izquierdo localizamos carina, lín-gula y basal izquierda de características normales.

Todo el árbol traqueobronquial se aprecia hiperémico, secreciones espesas en cantidad moderada. Se realiza lavado y aspirado de secreciones. Se realiza cepillado en bronquio y damos por concluido el procedimiento. Se recabar n cultivos.

Nota de Anestesiología. Se extuba para realizar estudio, al finalizar éste se intuba nuevamente. Durante el estudio presentó FC 98 por minuto, sat. de 88-95%. Accidentes o incidentes ninguno. Pasa a UTI intubado con ventilación asistida.

A las 16:00 horas continúa con sus medidas antimonio, pues persiste con amonio elevado. Se est reduciendo la tioridazina y aumentando la dosis del haloperidol para controlar la agitación psicomotriz; aún con discretos estertores broncoalveolares diseminados y abundantes, gruesos, con gasometrías adecuadas que han permitido disminuir los par metros al ventilador. Aún no se ha podido administrar aciclovir, ya que no se ha comprado. En Rx de tórax del día de

hoy se aprecia mejoría en su atelectasia apical derecha. Se aprecia sonda transpilórica pasada y hay salida de materia biliar por lo que se retira cuatro centímetros. Se comenta la posibilidad de traqueostomía por su mal manejo de secreciones. Por el evento de crup postextubación que pudiese hablar de estenosis subglótica y por la posibilidad de intubación prolongada se realizó el día de hoy broncoscopia. Se sugirió traqueostomía, pues aunque no ha presentado estenosis, el realizar traqueostomía ayudaría. Se encuentra con inmunológicos dentro de parámetros normales.

xvii) A las 10:45 horas del 21 de diciembre de 1995, se encuentra febril con picos de 38 grados centígrados. Se reinició la vía oral tolerando adecuadamente, previamente se había retirado tres centímetros de sonda pero la imagen radiológica se encontraba con persistencia de la sonda pasada, se encuentra con espasticidad generalizada, con signo de la rueda dentada que probablemente sea secundaria a efectos del haloperidol, por lo que se valora el inicio de biperidino. Se reciben valores de plomo en sangre con valores de 23 con normal de 10. Se tomaron pruebas de funcionamiento hepático, Rx de huesos largos. Se reciben valores de amonio de 135 con previo de 88 hace 48 horas, a pesar de estar recibiendo medidas antiamonio, por lo que se comenta con Neurología. No se cuenta en el hospital con ceftazidime, por lo que se trata de conseguir para continuar con el esquema o bien cambiar de medicamento.

Nota de Neurología. Se encuentra con cánula nasotraqueal con automatismo respiratorio. Agitación psicomotriz que persiste. Mirada en supravversión constante con movimientos oculares conservados. Se observa rueda dentada en las cuatro extremidades pero de predominio inferior, persiste con espasticidad generalizada.

xviii) A las 01:30 horas del 22 de diciembre de 1995, nota posquirúrgica. Se realiza traqueostomía por diagnóstico de intubación prolongada. Complicaciones ninguna, sangrado mínimo.

A las 10:00 horas se encuentra afebril, hemodinámicamente estable, cursa sus primeras horas de poscolocación de cánula de traqueostomía, se aprecia colocada adecuadamente y sin lesión pleural. A la EF se auscultan campos pulmonares aún con abundantes secreciones y con mejor ventilación respecto a días previos, persiste con espasticidad generalizada, su estado neurológico no es valorable debido a estar bajo efecto farmacológico.

A las 16:00 horas, nota de defunción.

Siendo las 15:20 horas la c nula endotraqueal se encontraba fuera, se recoloca por parte del Servicio de Cirugía, detectándose posteriormente hipoventilación de hemitórax derecho y aumento de volumen facial y de cara anterior de tórax; posteriormente presenta paro cardiorrespiratorio, el cual se maneja con compresiones torácicas y asistencia ventilatoria con bolsa de ambú y manejo farmacológico durante 20 minutos, siendo irreversible. Se da por fallecido a las 15:50 horas.

Resultados de cepillado bronquial. Material acelular inadecuado para diagnóstico.

Resultado de cultivo de LCR, negativo.

Secreción bronquial. Positivo con desarrollo de streptococcus alfa hemolítico. Baar negativo.

Se encuentran resultados sin fecha de emisión, búsqueda de anticuerpos para parotiditis: no hay reactivo, y para sarampión positivo. La fecha de envío es el 11-12-95.

Resultados de Necropsia.

Estudio realizado el 23 de diciembre de 1995.

Diagnósticos anatómicos finales:

__Encefalitis linfocítica cortical compatible con infección viral.

__Laringitis linfocítica focal.

__Adenomegalias generalizadas con hiperplasia linfoide.

__Metaplasia escamosa en tráquea.

__Edema de glotis.

__Estatus postraqueostomía.

__Neumotórax bilateral a tensión.

__Colapso pulmonar bilateral.

__Trombo mural reciente en aurícula derecha.

__Involución del timo.

Mediante el oficio DAJ/ORS/16/96, del 16 de enero de 1996, el licenciado Olegario Rodríguez Sánchez, jefe de la División de Asuntos Jurídicos del Instituto Nacional de Pediatría, dirigido al ingeniero Víctor Manuel Yáñez Mirón, Director de la Escuela Secundaria Técnica Número 85 "Francisco González Bocanegra", le remitió copia fofostática de la hoja de egreso hospitalario, del que se desprende el resumen clínico en el siguiente tenor:

Resumen del caso: paciente masculino de 13 años de edad, conocido por el Servicio de Medicina Interna por ser referido de Hospital Coyoacán, con evolución desde el 24 de noviembre de 1995 al presentar crisis convulsiva y sin respuesta a estímulos siendo llevado inicialmente al Hospital de Cuauhtépec, donde se maneja y se refiere al Hospital Coyoacán, donde se continúa manejo de crisis convulsivas TAC con ligero edema, Rx de cráneo normales, LCR normal reacciones febriles negativas EEG con encefalopatía generalizada grado III, se investiga alcaloides, anfetaminas y cannabinoides, siendo éstos negativos, refiriéndose a este INP, a su ingreso con agitación psicomotriz y fiebre, se inicia manejo con tioridaxina, y manejo de antibiótico con dicloxacilina, además de medidas antiemético por amonio de 158, el cual disminuye a 78, se envía perfil viral en suero para herpes, parotiditis y sarampión, presenta paro cardiorrespiratorio, secundario a PB broncoaspiración de benzoato de amonio el cual remite mejorando, conectándose a ventilador y lográndose extubar, se valora PO, el cual se reporta normal, se coloca sonda, transilórica para administrar vía oral, se realiza EEG que reporta encefalopatía grado III, y se toman exámenes inmunológicos que se reportan negativos, se solicita plomo en sangre y se realiza venodisección además de realizarse TAC, presenta paro respiratorio, el cual mejora con maniobras y se encuentra febril, por lo que se IC (sic) a infectología, quienes sugieren cambio de manejo con vancomicina y ceftriaxona; debido a tener mucha agitación psicomotriz se realiza intubación nasotraqueal, sin complicaciones ni accidentes, se reporta "ICM" (sic) para herpes negativos y se envía determinación de "Acs" (sic) para herpes parotiditis y sarampión, TAC con datos de encefalitis, se realiza endoscopia por presentar atelectasia apical persistente, encontrándose abundantes secreciones sin estenosis y se envían cultivos; se realiza traqueostomía para ayudar a manejo de secreciones y a evitar riesgos de estenosis, se encuentra que está espástico, se valora por Neurología, quienes sugieren uso de biperideno, se reporta plomo en sangre de 23 con normal de 10.

Presenta el día de hoy salida de cánula endotraqueal siendo recolocada por cirugía, detectándose posteriormente hipoventilación de hemitórax derecho y aumento de volumen de cara y cara anterior de tórax (efisema subcutáneo)

presentando posteriormente paro cardiorrespiratorio irreversible a maniobras, falleciendo a las 15:30 horas (sic).

e) Actuaciones de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal.

i) El 28 de noviembre de 1995, la señora Leticia Medina Barrios denunció ante el representante social adscrito al segundo turno de la 22a. Agencia Investigadora del Departamento 1, en la Delegación Regional de Coyoacán de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, el delito de lesiones cometido en agravio de su hijo David Alejandro Medina Barrios.

ii) En la misma fecha, el agente del Ministerio Público dio fe de las lesiones y el certificado médico del menor, del que se desprendió que contaba con 13 años y tenía 60 hematomas en las cuatro extremidades, causados al presentar cuatro convulsiones.

iii) El 28 de noviembre de 1995, el señor Miguel Valle Castillo, agente de la Policía Judicial adscrito a la Delegación Regional de Coyoacán de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, rindió su parte informativo al jefe del Departamento 1 de Averiguaciones Previas de la misma Delegación, en el que manifestó que se constituyó en la cama 10 de la sala de “preescolares” del Hospital Pediátrico de Coyoacán, lugar en que se encontraba el menor David Alejandro Medina Barrios, al que no pudo entrevistar por encontrarse inconsciente.

iv) El 28 de noviembre de 1995, el Servicio Médico Forense del Distrito Federal emitió su dictamen en relación con el estudio químico-toxicológico que le realizaron al menor David Medina Barrios, resultando negativo.

v) Por medio del oficio JAP/195/95-12, del 19 de diciembre de 1995, el licenciado Raymundo Cid Magaña, jefe del Departamento de Averiguaciones Previas de la Delegación Coyoacán, remitió al jefe del Departamento de Averiguaciones Previas en la Delegación Gustavo A. Madero, la indagatoria 22/3580/95-11, en virtud de contener hechos sucedidos dentro de ese perímetro.

vi) Por medio de los diversos 257 y 258, del 15 de enero de 1996, la licenciada Arlette Irazábal San Miguel, agente del Ministerio Público de la Mesa 3 Especializada de la Delegación Regional Gustavo A. Madero, requirió a los Directores del Instituto Nacional de Pediatría y del Hospital Pediátrico de Coyoacán, copia del expediente clínico de menor Alejandro Medina Barrios.

vii) El 18 de enero de 1996, rindió su declaración el profesor Alejandro Patista Ramos, Coordinador de Actividades Tecnológicas de la Escuela Secundaria

Técnica Número 85 “Francisco González Bocanegra” de la Secretaría de Educación Pública, en la que señaló que el 24 de noviembre de 1995, aproximadamente a las 14:15 horas, observó que la señora Leticia Medina Barrios “traía a su hijo David Alejandro con la mirada perdida y babeando”, siendo atendido por el doctor Óscar Rebolledo, quien le brindó los primeros auxilios y lo trasladó al Hospital Regional de Cuauhtémoc.

viii) El 3 de mayo de 1996, la licenciada Arlette Irazábal San Miguel, agente del Ministerio Público de la Mesa 3 Especializada de la Delegación Regional Gustavo A. Madero, propuso el acuerdo de no ejercicio de la acción penal, toda vez que los hechos que motivaron la indagatoria no constituyeron delito, en virtud de que de la necropsia practicada al cuerpo del menor David Alejandro Medina Barrios se desprendió que la causa directa de la muerte fue el colapso pulmonar bilateral secundario a un neumotórax a tensión, y su estancia intrahospitalaria se debió a una encefalitis cortical compatible con infección viral, y no a una encefalitis secundaria a fármacos, con base en el resultado de necropsia, además que no se encontró ninguna negligencia en relación con los médicos que intervinieron.

ix) El 16 de mayo de 1996, la señora Leticia Medina Barrios, madre del menor David Alejandro Medina Barrios, presentó inconformidad ante la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, con relación al dictamen emitido el 21 de febrero de 1996, por un perito médico forense de esa dependencia.

x) El 2 de julio de 1996, los doctores Arturo Gallegos Cazares y Jorge Villalobos Jaramillo, peritos médicos forenses adscritos a la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, concluyeron que el dictamen elaborado el 21 de febrero de 1996 fue correcto, y que la muerte del menor David Alejandro Medina Barrios se debió a una serie de complicaciones secundarias a la “encefalitis viral” reportada en el estudio de necropsia.

xi) El 19 de julio de 1996, la licenciada Arlette Irazábal San Miguel, agente del Ministerio Público de la Mesa 3 Especializada de la Delegación Regional Gustavo A. Madero, nuevamente propuso el acuerdo de no ejercicio de la acción penal, toda vez que los hechos que motivaron la indagatoria no constituyeron delito, en virtud de que de la autopsia practicada al cuerpo del menor David Alejandro Medina Barrios se desprendió que la causa directa de la muerte fue el colapso pulmonar bilateral secundario a un neumotórax a tensión, y su estancia intrahospitalaria se debió a una encefalitis cortical compatible con infección viral, y no a una encefalitis secundaria a fármacos, con base en el resultado de necropsia.

xii) El 2 de enero de 1997, la licenciada Arlette Irazábal San Miguel, agente del Ministerio Público de la Mesa 3 Especializada de la Delegación Regional Gustavo A. Madero de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, conocedora de la averiguación previa 22/3580/95, remitió la misma a la reserva en espera de mayores elementos que permitan determinar lo conducente, de conformidad con la propuesta aprobada del no ejercicio de la acción penal.

f) Actuaciones de la Secretaría de Educación Pública.

i) Mediante el escrito del 3 de enero de 1996, dirigido al licenciado Miguel Limón Rojas, Secretario de Educación Pública, la señora Leticia Medina Barrios expresó que el 24 de noviembre de 1995 se presentó en la Escuela Secundaria Técnica 85 “Francisco González Bocanegra”, a efecto de recoger a su hijo David Alejandro Medina Barrios, encontrándolo “con los ojos vidriosos, la vista perdida y babeando”, y que no la reconoció, por lo que solicitó ayuda al médico de la secundaria, Óscar Rebolledo Romero, quien se negó a proporcionársela, pero que el Subdirector del turno vespertino ordenó al doctor que llevara al menor al Hospital Regional de Cuauhtémoc; la señora Medina agregó que “en el plantel existía droga”.

ii) Por medio del diverso 614.3.96/0066, del 10 de enero de 1996, suscrito por el señor Luis Peña Manzur, Subdirector de Escuelas Secundarias Técnicas en el Distrito Federal de la Secretaría de Educación Pública, informó a la señora Medina Barrios que en atención a su escrito se había instruido al ingeniero Pablo González Godínez, a efecto de que atendiera el caso.

De dicha investigación se desprende que, aproximadamente a las 14:15 horas del 24 de noviembre de 1995, el profesor Alejandro Patista Ramos, profesor de la Escuela Secundaria Técnica 85 “Francisco González Bocanegra”, observó que la señora Leticia Medina se acercaba a la escuela con su hijo, y que al percatarse que el niño se encontraba en mal estado, lo abrazó. Posteriormente, el doctor Óscar Rebolledo Romero lo atendió y al ver que no reaccionaba, lo trasladó al Hospital Regional de Cuauhtémoc, aproximadamente a las 15:30 horas.

El 27 de noviembre de 1995, la señora Blanca Díaz García, trabajadora social de la citada escuela, realizó una visita al domicilio del agraviado, en donde el abuelo materno le informó que su nieto se encontraba internado en el Hospital Pediátrico de Coyoacán. Aproximadamente a las 14:20 horas se presentó una hermana del menor, en la Escuela Secundaria Técnica 85 “Francisco González Bocanegra”, solicitando a la profesora Lilia Margarita Castillo Islas, Subdirectora del plantel, la lista de alumnos que fueran los mejores amigos de su hermano, con la finalidad de

estimular al agraviado, resultando ser el amigo más cercano el menor José Humberto Salgado Nader, quien manifestó que el 24 de noviembre de 1995 “estuvo con David Alejandro y no le notó nada raro”, precisando que este último estaba muy preocupado por sus calificaciones, ya que había reprobado algunas materias.

El 4 de diciembre de 1995, el doctor Óscar Rebolledo Romero se constituyó en el Hospital Pediátrico de Coyoacán, en donde la doctora Silvia Aguilar, Coordinadora de hospitalización, le informó que al menor se le habían practicado estudios de laboratorio y gabinete, reportándose resultados negativos (no sustancias tóxicas) y que por el momento se desconocía la causa de su padecimiento.

El 8 de enero de 1996, el educador Gerardo Antonio García Malvárez, profesor del Taller de Dibujo de la referida escuela, aclaró por escrito que en todas las ocasiones que solicita la presencia de algún padre de familia es para tratar asuntos de orden académico, negando haber tratado con la señora Leticia Medina Barrios situaciones referentes a la drogadicción.

g) Actuaciones de la Comisión Nacional de Derechos Humanos.

i) El 1 de febrero de 1996, un visitador adjunto adscrito a este Organismo Nacional entrevistó al doctor Óscar Rebolledo Romero, profesor de Enseñanza de Secundarias Técnicas del Distrito Federal (médico escolar), a quien se le cuestionó en relación con la atención que brindó al menor David Alejandro Medina Barrios, el 24 de noviembre de 1995, expresando lo que a continuación se transcribe:

[...] que estaba fuera de turno; que eran aproximadamente las 14:15 horas del 24 de noviembre de 1995, se retiraba de la Secundaria Técnica 85, cuando la madre del niño le hizo una señal para que revisara a su hijo, quien estaba siendo abrazado por el maestro Patista; que al revisarlo observó que tenía la vista perdida, sus signos vitales: el pulso, la frecuencia respiratoria, y los ruidos cardiacos estaban dentro de lo normal para la edad y sexo del menor; los campos pulmonares se encontraban bien ventilados, el abdomen semiblando y sin datos patológicos; que presentó vómito con excesiva salivación sin contenido gástrico y sin observarse olor o color que indicaran la ingesta de alguna sustancia. Agregó que solicitó a la trabajadora social Paulina Sánchez torundas con alcohol, y se las acercó al menor a la nariz, a fin de ver si había respuesta, misma que fue retardada; señaló que la madre del niño llegó asustada y sin cooperar. El Subdirector Gilberto García le pidió que lo trasladara a una institución hospitalaria, lo que realizó de inmediato porque el menor presentaba un problema neurológico

de etiología a determinar, por lo que lo subió a su coche trasladándolo al Hospital Regional de Cuauhtepc del Departamento del Distrito Federal, y solicitó una camilla, la tomó él mismo, la llevó al coche, bajó al menor, lo subió a la misma y lo introdujo a un cubículo de urgencias. Ya en el hospital vio que le pusieron oxígeno. Que posteriormente se retiró porque consideró que ya era responsabilidad del hospital... (sic).

ii) El 7 de noviembre de 1997, un visitador adjunto de la Coordinación de Asuntos de la Mujer, el Menor y la Familia de este Organismo Nacional, entrevistó al señor Cosme Carmona Maldonado, chofer de la ambulancia del Hospital Infantil de Cuauhtepc del Departamento del Distrito Federal, quien le manifestó que el 24 de noviembre de 1995 trasladó al menor David Alejandro Medina Barrios a la "Gíneco Número 3 A" (sic) del Instituto Mexicano del Seguro Social, en donde en la recepción solicitaron a la señora Leticia Medina Barrios los documentos que acreditaran que era derechohabiente de ese organismo, quien les expresó que no estaba asegurada, por lo cual no le brindaron atención al menor.

iii) El dictamen médico emitido el 10 de mayo de 1997, por personal profesional adscrito a la Coordinación de Servicios Periciales de esta Comisión Nacional de Derechos Humanos, en cuyo apartado de conclusiones se determinó lo siguiente:

PRIMERA. Existió retraso en el envío de la muestra de los biológicos (orina, sangre y contenido gástrico) en el Hospital Pediátrico de Coyoacán.

Lo anterior en base a que en cuanto existe la sospecha de una intoxicación aguda deben enviarse los biológicos de inmediato, ya que las sustancias ingeridas se desechan rápidamente (en un promedio de 48 horas). Por lo que existe responsabilidad por parte del personal encargado de dicho envío.

SEGUNDA. Sin embargo, a pesar de las deficiencias mencionadas anteriormente, en lo que corresponde a los estudios realizados para determinar el tipo de enfermedad neurológica que presentaba el menor David Alejandro Medina, no existe responsabilidad por parte del personal médico del hospital antes mencionado.

TERCERA. Existe responsabilidad por parte del personal médico del Instituto Nacional de Pediatría que suministró el benzoato de sodio por vía oral, sin sonda, el 12-12-95, ocasionando broncoaspiración; considerando que en pacientes neurológicos el medicamento se debe administrar por sonda, por el hecho de que en estos pacientes es frecuente la broncoaspiración.

CUARTA. Existe responsabilidad por parte del personal médico del Instituto Nacional de Pediatría que realizó la recanulación del menor el 22-12-95, cuando éste presentó la salida de la cánula de traqueostomía, porque: se desprende que se realizó el procedimiento en forma precipitada, sin los cuidados que corresponden a la técnica, lesionando estructuras vecinas, condicionando la presencia de hipoventilación de hemitórax derecho, enfisema subcutáneo (aire subcutáneo) y el neumotórax a tensión; provocando la muerte del paciente.

QUINTA. No existe responsabilidad médica por parte del Instituto Nacional de Pediatría en lo que corresponde a los procedimientos que se llevaron a cabo para llegar al diagnóstico de la encefalitis por virus del sarampión.

II. EVIDENCIAS

1. El escrito de queja suscrito por la señora Leticia Medina Barrios, presentado ante esta Comisión Nacional de Derechos Humanos el 17 de enero de 1996.
2. La hoja de referencia y contrarreferencia del 24 de noviembre de 1995, del Hospital Materno Infantil Cuauhtémoc de la Dirección General de Servicios de Salud, del Departamento del Distrito Federal.
3. El oficio 22/3580/95-11, del 23 de enero de 1996, suscrito por el licenciado Hilario Juárez Hernández, Subdelgado de Derechos Humanos y de Servicios a la Comunidad de la Delegación Regional Gustavo A. Madero de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, por medio del cual proporcionó copia certificada de la averiguación previa 22/3580/ 95-11.
4. El diverso D/12/96, del 6 de febrero de 1996, signado por la doctora Rosa María Díaz Beltrán, Directora del Hospital Pediátrico de Coyoacán, de la Dirección General de Servicios de Salud del Departamento del Distrito Federal.
5. El oficio 205.1.3./DA/140/267, del 16 de febrero de 1997, suscrito por el licenciado Antonio Meza Zamudio, Subdirector de Asuntos Judiciales de la Dirección de lo Contencioso de la Dirección General de Asuntos Jurídicos de la Secretaría de Educación Pública, en el que anexa el informe del señor Luis Peña Manzur, Subdirector de Escuelas Secundarias Técnicas en el Distrito Federal.
6. El diverso 35.12/002230, del 21 de febrero de 1997, firmado por el doctor Mario Barquet Rodríguez, Coordinador de Atención al Derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social, por el cual envió las hojas del registro diario del Servicio de Urgencias del Hospital de Ginecopediatría 3-A de ese Organismo.

7. El diverso número 5025, del 20 de febrero de 1997, enviado por este Organismo Nacional al licenciado Arturo Laurent González, Director Ejecutivo de Enlace de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal.

8. El dictamen médico del 10 de mayo de 1997, emitido por la Coordinación de Servicios Periciales de la Comisión Nacional de Derechos Humanos, acerca de la circunstancia médica del menor David Alejandro Medina Barrios.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

1. El 24 de noviembre de 1995, el personal del Hospital de Ginecopediatría 3-A del Instituto Mexicano del Seguro Social, negó brindar atención médica al menor David Alejandro Medina Barrios, en virtud de no ser derechohabiente de ese organismo.

2. En el Hospital Pediátrico de Coyoacán del Departamento del Distrito Federal existió retraso en el envío de las muestras de los biológicos para su análisis y estudio, a efecto de determinar si el menor había consumido algún tipo de drogas.

3. El 12 de diciembre de 1995, en el Instituto Nacional de Pediatría se suministró al menor __vía oral__ sin sonda, benzoato de sodio, ocasionándole broncoaspiración; considerando que en pacientes neurológicos, el medicamento se debe de administrar por sonda, además de que el 22 del mes y año citados, se le realizó la recanulación en forma precipitada, provocándole con ello lesiones que posteriormente le causaron la muerte.

IV. OBSERVACIONES

De lo anteriormente expuesto y del dictamen médico emitido por personal especializado de esta Comisión Nacional, se observó lo siguiente:

El 24 de noviembre de 1995, el menor David Alejandro Medina Barrios, de 13 años de edad, al salir de clases de la Escuela Secundaria Técnica 85 “Francisco González Bocanegra” presentó problemas neurológicos, refiriendo la madre, señora Leticia Medina Barrios, que se debió a “que su hijo fue drogado”.

El agraviado fue trasladado por el doctor de la secundaria, de nombre Óscar Rebolledo Romero, al Hospital Infantil de Cuauhtépec del Departamento del Distrito Federal, por no contar aquél con los medios necesarios para su atención en las instalaciones del plantel.

Posteriormente se le condujo en ambulancia del Hospital de Cuauhtepac al Hospital de Ginecopediatría 3-A del Instituto Mexicano del Seguro Social, en virtud de que el primero de los mencionados no contaba con los medios adecuados para brindarle una atención de calidad por ser de primer nivel, sin embargo, no fue recibido por no ser derechohabiente. Lo anterior se corroboró por lo expresado por la quejosa y por el chofer de la ambulancia del Hospital de Cuauhtepac. Con ello, se sabe que el paciente fue rechazado en cuanto fue bajado de la ambulancia, sin dar tiempo de que lo registraran, y sin prestarle, por lo menos, los primeros auxilios.

Lo anterior demuestra la irresponsabilidad con que actuó el personal de admisión del Hospital de Ginecopediatría 3-A del Instituto Mexicano del Seguro Social, al negarle al agraviado el servicio por no tener el carácter de derechohabiente, en virtud de que una institución pública de salud no puede sustraerse, bajo ninguna circunstancia, a su obligación de proporcionar el servicio requerido por cualquier usuario en caso de urgencia, como es el caso que nos ocupa. Es decir, no puede anteponer una cuestión meramente administrativa a la preservación y protección de la vida humana, ya que el pago del servicio podría determinarse con posterioridad al mismo.

En este sentido, el personal de admisión del Hospital de Ginecopediatría 3-A del Instituto Mexicano del Seguro Social, con su actitud negligente, contravino los artículos 55 y 71 de la Ley General de Salud, que en lo conducente disponen:

Artículo 55. Las personas o instituciones públicas o privadas que tengan conocimiento de accidentes o que alguna persona requiera de la prestación urgente de servicios de salud, cuidar n, por los medios a su alcance, que los mismos sean trasladados a los establecimientos de salud más cercanos, en los que puedan recibir atención médica inmediata, sin perjuicio de su posterior remisión a otras instituciones.

[...]

Artículo 71. Los establecimientos públicos, sociales y privados que brinden servicios de atención médica para el internamiento de enfermos, están obligados a prestar atención inmediata a todo usuario, en caso de urgencia que ocurra en la cercanía de los mismos.

Por otra parte, cuando cualquier paciente ingresa a un hospital existiendo la sospecha de una probable intoxicación, es necesario recolectar los biológicos necesarios (sangre, orina, contenido gástrico, entre otros), de los que se puede

hacer un estudio para confirmar o descartar la sospecha antes mencionada. En el presente caso existió retraso en el envío de los biológicos al laboratorio para la búsqueda de tóxicos, pues estos deben ser remitidos lo más pronto posible, ya que cuando se presenta una intoxicación aguda, los tóxicos se eliminan rápidamente (en un promedio de 48 horas). Por la razón anterior, el personal encargado de la recolección de dichos biológicos actuó negligentemente al retrasar el envío. Sin embargo, es menester precisar que ello no influyó en la evolución de la enfermedad viral del menor Alejandro David Medina Barrios, de conformidad con el dictamen médico de los peritos de esta Comisión Nacional de Derechos Humanos, que a continuación se transcribe:

[...] Se tiene que el diagnóstico final de las alteraciones de origen encefálico que presentó el menor, determinadas por toda la serie de estudios que se le realizaron, descartando posibilidades más frecuentes de etiología basándose en la edad, el sexo, el cuadro clínico presentado, y finalmente por los estudios anatómicos finales, determinaron que se trataba de una encefalitis por virus del sarampión; que como ya se mencionó en las consideraciones, se trata de una enfermedad llamada panencefalitis esclerosante subaguda (PEES), la cual es una enfermedad del sistema nervioso por virus lentos. El comienzo de la enfermedad es incidioso, marcado por cambios sutiles del comportamiento y deterioro del rendimiento escolar, dato que corresponde a los antecedentes del menor, no hay fiebre ni otros datos de encefalitis (inflamación del encéfalo) aguda, sólo dolores de cabeza ocasionales. Las sacudidas mioclónicas (convulsiones) marcan una segunda etapa clínica de la PEES, se pueden observar también movimientos anormales y distonías (alteración de la fuerza y tensión de los músculos). Todos éstos presentados progresivamente por el menor.

Por otro lado, los estudios de laboratorio y gabinete como son: de la sangre, del LCR (líquido ceforraquídeo), EEG (electroencefalograma), placas radiográficas y TAC (tomografía axial computarizada) pueden resultar normales, especialmente al principio de la enfermedad.

En una situación como la que se presentó con el paciente, lo más importante es descartar las enfermedades más frecuentes y potencialmente tratables, como las infecciones bacterianas y los tumores. Además de que por el cuadro clínico y resultados de laboratorio debe distinguirse de las encefalitis agudas atípicas, y en los grupos de edad apropiados deben considerarse otras afecciones virales lentas como la provocada por el virus de la rubeola. Por lo que el diagnóstico se puede establecer cuando exista la presencia de un modelo típico del EEG y existan niveles extraordinariamente elevados de anticuerpos frente al sarampión en el suero. Este diagnóstico es confirmado cuando se detectan anticuerpos frente al

sarampión en el LCR. Sin embargo, debido al protocolo que se debe seguir en un caso como es el de una encefalitis sin datos específicos, es hasta el 11-12-95 que se solicita un perfil viral (búsqueda de anticuerpos virales) para sarampión, parotiditis y herpes, que después son reportados como positivo para virus del sarampión. Por lo tanto, en el Hospital Pediátrico de Coyoacán, en lo que se refiere a la actuación médica que finalmente llevó al Instituto Nacional de Pediatría a determinar el diagnóstico de encefalitis por virus del sarampión, va de acuerdo con el protocolo a seguir para los casos como el que presentó el menor David Alejandro Medina.

Asimismo, la actuación médica del Instituto Nacional de Pediatría también entra en el protocolo de investigación para diagnosticar la enfermedad encefálica en el paciente, por lo que no existe responsabilidad en este aspecto.

La broncoaspiración (aspiración de alguna sustancia hacia el conducto traqueobronquial) es una complicación frecuente en los pacientes neurológicos por tener alterado el estado de conciencia, o por la presencia de vómitos (esto último no se reporta en el expediente del menor), pudiendo evitarse con la administración de los medicamentos con sonda orogástrica o nasogástrica. En el caso de David Alejandro Medina, el 12-12-95 presentó aparentemente broncoaspiración de benzoato de sodio, el cual se le estaba administrando para contrarrestar el problema de hiperamonemia (amonio elevado en sangre), ocasionando agravamiento del cuadro pulmonar que ya presentaba el paciente anteriormente, provocándole paro respiratorio con bradicardia (frecuencia cardiaca menor a la normal) de tres a cinco minutos siendo atendido oportunamente por el personal médico, con el hallazgo de benzoato de sodio en la cavidad traqueal.

El paro respiratorio y la bradicardia fueron tratados, revirtiéndolo con tratamiento médico.

Sin embargo, a pesar de la oportuna intervención para revertir el paro respiratorio, existió negligencia al no prevenir la complicación, evitándose administrando el medicamento por sonda. Lo anterior en base a que no se menciona en notas de enfermería cómo se le estaba administrando y en una nota médica está indicado por vía oral.

Debido a que el paciente contaba con el antecedente de neumonía intrahospitalaria, se decide que el 22-12-95 a las 01:30 horas se le realice traqueostomía electiva con la intención de poder manejar el problema de sus secreciones bronquiales y por la posibilidad de intubación prolongada, esto se realiza sin ninguna complicación.

A las 10:00 horas se reporta que las condiciones del paciente habían mejorado, encontrándose con mejor ventilación respecto a días previos (se auscultaban en campos pulmonares aún abundantes secreciones), con estabilidad hemodinámica, apreciándose son- da bien colocada y sin lesión pleural.

Sin embargo, el mismo día a las 15:20 horas el paciente presenta decanulación (salida de la cánula de la tráquea), lo cual es una complicación temprana de la traqueostomía. Se recoloca por el servicio de cirugía, pero posteriormente se detecta hipoventilación de hemitórax derecho y aumento de volumen facial y de cara anterior de tórax presentando paro cardiorrespiratorio irreversible y muerte.

Por lo que se infiere que el médico que recolocó la c nula muy probablemente lo hizo precipitadamente y sin la técnica apropiada, lesionando alguna estructura vecina (ésta es una complicación en la colocación de la c nula de traqueostomía), lo cual provocó la hipoventilación de hemitórax derecho, el enfisema subcutáneo y el desarrollo de un neumotórax. El médico debe tener presente esta complicación para tomar las precauciones y medidas necesarias, en caso de que suceda, sin embargo, la complicación se presentó; primero en hemitórax derecho, toda vez que se menciona en la nota que éste se encontraba hipoventilado y que se presentó aumento de volumen en cara y tórax anterior.

En estos casos el tratamiento indicado es la colocación de un sello de agua o bien insertando una aguja de gran calibre en el espacio pleural a través del segundo espacio intercostal anterior. Lo cual no se realizó de inmediato, mencionándose que sucesivamente presentó paro cardiorrespiratorio; que aunado a la lesión de estructuras adyacentes con el neumotórax a tensión resultante, muy probablemente ocasionó también el colapso del pulmón izquierdo y la muerte.

Lo anterior en base a que uno de los diagnósticos anatómicos finales que se reportan es el neumotórax bilateral a tensión.

Es importante mencionar que si los signos y los síntomas que presentó el niño hubiesen sido ocasionados por una intoxicación aguda por la ingestión de fármacos, como la que sospechaba la madre, el cuadro clínico no se habría presentado de esa manera tan prolongada y tan atípica.

Lo anterior con base a que la mayoría de fármacos que son utilizados en drogadicción provocan un cuadro agudo, que si no es tratado oportunamente puede evolucionar al coma y muerte en poco tiempo. Además el cuadro clínico que presentó el niño días después hubiera podido ser más compatible con una intoxicación crónica, como lo es una encefalopatía saturnina (enfermedad con

datos neurológicos), la cual se presenta en las intoxicaciones crónicas por plomo. Quedando descartado el dicho de la quejosa (madre del menor).

Por lo anterior, resulta evidente la falta de cuidado y supervisión del personal médico del Hospital Pediátrico de Coyoacán, dependiente del Gobierno del Distrito Federal, por el retraso en el envío de los biológicos al laboratorio para búsqueda de tóxicos, pues éstos se eliminan rápidamente.

Asimismo, el personal de Instituto Nacional de Pediatría actuó con falta de pericia, ya que al recolocar la c nula lesionó estructuras vecinas, provocando la hipoventilación del hemitórax derecho, el enfisema subcutáneo y el desarrollo de un neumotórax, así como el colapso del pulmón izquierdo, y la muerte. Es fundamental destacar que si bien es cierto que el menor tenía un mal pronóstico, también lo es que las maniobras para la reanulación antes mencionadas aceleraron dicho pronóstico.

Por lo anterior, tanto el personal del Hospital Pediátrico de Coyoacán como del Instituto Nacional de Pediatría contravinieron los siguientes preceptos legales:

De la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos:

Artículo 4o. [...]

[...]

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definir las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecer la concurrencia de la Federación y las Entidades Federativas en materia de salubridad general...

De las Declaraciones y Tratados Internacionales de Derechos Humanos Ratificados por México.

a) De la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre:

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.

b) De la Declaración Universal de Derechos Humanos:

Artículo 25.1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

c) Del 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.

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.

d) Del Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales "Protocolo de San Salvador":

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.

De la Ley General de Salud:

Artículo 1. La presente ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece las bases y modalidades para el acceso

a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las Entidades Federativas en materia de salubridad general. Es de aplicación en toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social.

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 el 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...

[...]

Artículo 5. El Sistema Nacional de Salud está constituido por las dependencias y entidades de la administración pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones, y tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud.

Artículo 6. El Sistema Nacional de Salud tiene los siguientes objetivos:

I. Proporcionar Servicios de Salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en las acciones preventivas.

[...]

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

[...]

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

[...]

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

Artículo 33. Las actividades de atención médica son:

I. Preventivas, que incluyen las de promoción general y las de protección específica;

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

[...]

Artículo 51. Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.

Del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

Artículo 1. Este reglamento es de aplicación en todo el territorio nacional y sus disposiciones son de orden público e interés social y tiene por objeto proveer, en la esfera administrativa, al cumplimiento de la Ley General de Salud, en lo que se refiere a la prestación de servicios de atención médica.

[...]

Artículo 7. Para efectos de este Reglamento se entiende por:

I. Atención médica. El conjunto de servicios que proporcionan al individuo, con el fin de proteger y promover y restaurar su salud;

II. Servicio de atención médica. El conjunto de recursos que intervienen sistemáticamente para la prevención y curación de las enfermedades que afectan a los individuos, así como de la rehabilitación de los mismos.

[...]

V. Usuario. Toda aquella persona que requiera y obtenga la prestación de servicios de atención médica;

Artículo 8. Las actividades de atención médica son:

[...]

II. Curativas. Que tienen por objeto efectuar un diagnóstico temprano de los problemas clínicos y establecer un tratamiento oportuno para resolución de los mismos, y

Artículo 9. La atención médica deber llevarse a efecto de conformidad con los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica.

[...]

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

[...]

Artículo 52. Ante cualquier irregularidad en la prestación de servicios de atención médica, conforme a lo que establece la ley y el presente reglamento, toda persona podrá comunicarla a la Secretaría o las demás autoridades sanitarias competentes.

De la Ley del Seguro Social

Artículo 2. La seguridad social tiene por finalidad garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, así como el otorgamiento de una pensión que, en su caso y previo cumplimiento de los requisitos legales, ser garantizada por el Estado.

[...]

Artículo 303. El Director General del Instituto, los Consejeros, el Secretario General, los Directores, los Directores Regionales, los coordinadores generales, los coordinadores, los delegados, los subdelegados, los jefes de oficinas para cobros del Instituto Mexicano del Seguro Social y demás personas que

desempeñen cualquier empleo, cargo o comisión dentro del Instituto, aun cuando fuese por tiempo determinado, estar n sujetos a las responsabilidades civiles o penales en que pudieran incurrir como encargados de un servicio público. Tan alto deber obliga a exigir de éstos el más alto sentido de responsabilidad y ética profesionales, buscando alcanzar la excelencia y calidad en la prestación de los servicios y en la atención a los derechohabientes. El incumplimiento de las obligaciones administrativas, que en su caso correspondan, ser n sancionadas en los términos previstos en la Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos, salvo los que se encuentren comprendidos en el artículo 5o. de dicho ordenamiento.

De la Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos:

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

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

En el presente caso, resulta indudable que el paciente no recibió una atención médica oportuna, profesional, ni de la calidad requerida, por lo que se configura la probable responsabilidad por parte de los médicos del Hospital Pediátrico de Coyoacán del Departamento del Distrito Federal y del Instituto Nacional de Pediatría de la Secretaría de Salud, que intervinieron en la atención brindada al menor agraviado, ya que este tipo de especialistas requiere contar con la capacidad y la experiencia necesarias para conducirse adecuadamente. Asimismo, es menester que las instituciones de salud procuren un mayor cuidado en la selección del personal, pues en sus manos se deposita el garantizar plenamente el derecho consagrado a nivel constitucional de la protección a la salud y, consecuentemente, preservar la vida de los usuarios de estos servicios.

En virtud de lo anteriormente narrado a lo largo del presente documento, este Organismo Nacional se permite formular respetuosamente a ustedes, señores Secretario de Salud, Jefe del Departamento del Distrito Federal y Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social, las siguientes:

V. RECOMENDACIONES

A usted, Secretario de Salud:

PRIMERA. Se sirva enviar sus instrucciones a la Contraloría Interna de la Secretaría de Salud, a efecto de que se inicie un procedimiento administrativo de investigación para determinar la responsabilidad en que pudieran haber incurrido los servidores públicos del Instituto Nacional de Pediatría que suministraron al menor David Alejandro Medina Barrio el benzoato de sodio por vía oral, sin sonda, así como quien realizó la recanalación del mismo, ya que dicho manejo fue en forma precipitada y sin los cuidados que corresponden a una adecuada técnica, y de encontrarse responsabilidad administrativa, se les sancione conforme a Derecho.

A usted, Jefe del Gobierno del Distrito Federal:

SEGUNDA. Se sirva instruir a la Contraloría Interna del Distrito Federal, a fin de que se inicie un procedimiento administrativo de investigación con objeto de determinar la responsabilidad en que pudieran haber incurrido los servidores públicos adscritos al Hospital Pediátrico de Coyoacán que intervinieron en la atención del menor agraviado, por el retraso en el envío de las muestras de los biológicos para su análisis y estudio, y de existir responsabilidad administrativa, se les sancione conforme a Derecho.

A usted, Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social:

TERCERA. Se sirva enviar sus instrucciones a la Contraloría Interna del Instituto Mexicano del Seguro Social, a efecto de que se inicie un procedimiento administrativo de investigación para determinar la posible responsabilidad de los servidores públicos del Hospital de Ginecopediatría 3-A del Instituto Mexicano del Seguro Social que negaron la atención al menor Alejandro David Medina Barrios por no ser derechohabiente de ese organismo, y en caso de resultar alguna responsabilidad, se les sancione conforme a Derecho.

La presente Recomendación, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, tiene el carácter de pública y se emite con el propósito fundamental tanto de hacer una declaración respecto de una conducta irregular por parte de servidores públicos en ejercicio de las facultades que expresamente les confiere la ley como de obtener la investigación que proceda por parte de las dependencias administrativas o

cualesquiera otras autoridades competentes para que, dentro de sus atribuciones, apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad cometida.

Las Recomendaciones de la Comisión Nacional de Derechos Humanos no pretenden, en modo alguno, desacreditar a las instituciones ni constituyen una afrenta o agravio a las mismas o a sus titulares, por el contrario, deben ser concebidas como un instrumento indispensable en las sociedades democráticas y los Estados de Derecho para lograr su fortalecimiento a través de la legitimidad que con su cumplimiento adquieren autoridades y servidores públicos ante la sociedad. Dicha legitimidad se fortalece de manera progresiva cada vez que se logra que aquéllas y éstos sometan su actuación a la norma jurídica y a los criterios de justicia que conllevan el respeto a los Derechos Humanos.

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

Igualmente, con el mismo fundamento jurídico, solicito a usted que, en su caso, las pruebas correspondientes al cumplimiento de la Recomendación se envíen a esta Comisión Nacional dentro de un término de 15 días hábiles siguientes a la fecha en que haya concluido el plazo para informar sobre la aceptación de la misma.

La falta de presentación de las pruebas dar lugar a que se interprete que la Recomendación no fue aceptada, por lo que la Comisión Nacional de Derechos Humanos quedará en libertad de hacer pública esta circunstancia.

Atentamente,

La Presidenta de la Comisión Nacional

Rúbrica