



SÍNTESIS: El 24 de julio de 1998 esta Comisión Nacional recibió el escrito de queja presentado por la señora Elizabeth Ramírez Zúñiga, mediante el cual relató hechos probablemente constitutivos de violaciones a los Derechos Humanos cometidos en agravio del niño José Luis Ramírez Camacho, por la negligencia médica en que incurrió personal médico adscrito al Hospital General Tacuba del Distrito Federal, dependiente del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Lo anterior dio origen al expediente 98/4297/1.

Del análisis de la documentación remitida, así como de la investigación realizada por esta Comisión Nacional de Derechos Humanos, se comprobó la existencia de diversas irregularidades que acreditaron actos violatorios a los Derechos Humanos del menor José Luis Ramírez Camacho, consistentes en la transgresión a los artículos 4o., párrafo cuarto, 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; 12.1 y 12.2, del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; 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"; 23, incisos 1 y 2; 24, incisos 1 y 2; 25, y 26.1, de la Convención sobre los Derechos del Niño; 1; 2, inciso V; 23; 32; 33, incisos I, II y III, y 51, de la Ley General de Salud; 9; 18; 19, inciso I, y 192, de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; 48, 70 y 72, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica; 58 del Reglamento de Servicios Médicos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; 3 de la Norma Técnica Número 52 de la Ley General de Salud; 47, fracción I, y 77 bis, de la Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos; 60 y 228, del Código Penal para el Distrito Federal en Materia de Fuero Común y para Toda la República en Materia de Fuero Federal; 1915, 1916 y 1927, del Código Civil para el Distrito Federal en Materia Común y para Toda la República en Materia Federal, y 44, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de Derechos Humanos. Con base en lo señalado, este Organismo Nacional concluye que existe violación a los derechos sociales de ejercicio individual del menor José Luis Ramírez Camacho, por la inadecuada prestación del servicio público de salud, por causa de la negligencia médica en que incurrieron servidores públicos del Hospital General Tacuba del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Por ello, esta Comisión Nacional emitió, el 26 de julio de 1999, la Recomendación 49/99, dirigida al Delegado Zona Poniente del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, para que se sirva dictar sus instrucciones a quien corresponda a efecto de que conforme al artículo 64 de la Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos, se inicie y determine un procedimiento administrativo de investigación al otorrinolaringólogo y al anestesiólogo adscritos al Hospital General Tacuba del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado en el Distrito Federal, por la responsabilidad en que incurrieron en la atención médica que brindaron al niño José Luis Ramírez Camacho, y, de ser el caso, que se les apliquen las sanciones que procedan. Si del mismo resultan conductas delictuosas, que se dé vista al agente del Ministerio Público para los efectos de su competencia; que se instruya a quien corresponda para que, de acuerdo con las posibilidades institucionales se

establezca en el Hospital General Tacuba el servicio de cuidados intensivos pediátricos; que se sirva instruir a quien corresponda para que se lleven a cabo los trámites necesarios para que el niño José Luis Ramírez Camacho reciba la atención y rehabilitación médica que requiere, durante el tiempo necesario, debido a las secuelas cerebrales que le fueron provocadas por la intervención negligente de los servidores públicos mencionados. De conformidad con lo dispuesto por los artículos 1915 y 1927, del Código Civil para el Distrito Federal en Materia Común y para Toda la República en Materia Federal, así como 44, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de Derechos Humanos, y 77 bis de la Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos, instruya a quien corresponda para que se tramite el pago de la indemnización que conforme a Derecho proceda en favor del niño José Luis Ramírez Camacho.

Recomendación 049/1999

México, D.F., 26 de julio de 1999

Caso del menor José Luis Ramírez Camacho

Lic. Fortino Figueroa Montes,

Delegado Zona Poniente del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado en el Distrito Federal, Ciudad

Distinguido Delegado:

La Comisión Nacional de Derechos Humanos, con fundamento en los artículos 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y 1o.; 3o.; 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 examinado los elementos contenidos en el expediente 98/4297/1, relacionados con el caso del niño José Luis Ramírez Camacho, y vistos los siguientes:

I. HECHOS

A. Esta Comisión Nacional de Derechos Humanos recibió el 24 de julio de 1998 el escrito de queja presentado por la señora Elizabeth Ramírez Zúñiga, mediante el cual relató hechos probablemente constitutivos de violaciones a los Derechos Humanos cometidos en agravio del niño José Luis Ramírez Camacho, por la negligencia médica en que incurrió personal médico adscrito al Hospital General Tacuba del Distrito Federal, dependiente del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

La quejosa expresó que su sobrino José Luis Ramírez Camacho, de cuatro años y medio de edad, fue examinado el 3 de junio de 1998 en el Hospital General Tacuba, dependiente del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, por un doctor de apellido Montiel, quien determinó que el niño necesitaba ser intervenido de las adenoides; anotó como fecha de la operación el 3 de julio del año citado, informándole a la

madre del niño que el 1 de julio revisaría los resultados de los análisis de sangre que se practicarían a su hijo, para después indicarle la hora de internamiento y operación y prescribir a este la aplicación de “10 vacunas pulmonares” (sic), las cuales deberían ser suministradas cada tercer día.

También señaló que el 1 de julio de 1998, al acudir su cuñada Micaela Camacho Arellano y su sobrino José Luis Ramírez Camacho a la cita programada por el “doctor Montiel”, el médico tratante le informó que por un descuido olvidó bajar la orden para la intervención, señaló como nueva fecha para la operación el 7 de julio de 1998, y le dijo que debía presentarlo en el Hospital General Tacuba el 6 de julio, dándole el pase para ese día.

Añadió que el 6 de julio de 1998, a las seis de la tarde, fue hospitalizado el menor, que se presentó “una doctora”, quien informó a la señora Micaela Camacho Arellano que sería la anesthesióloga del niño, y le preguntó si el menor era alérgico a la penicilina, a lo que su cuñada respondió en forma afirmativa; por último, dicha doctora le comentó que le iban a administrar “unas gotitas” al niño antes de pasarlo al quirófano para que estuviera somnoliento.

El 7 de julio de 1998, hacia las dos de la tarde, un camillero llevó al niño al quirófano, y pasaron varias horas sin que les proporcionaran informes sobre el estado de salud del menor, por lo que después de preguntar a varios trabajadores del mencionado nosocomio y no obtener respuesta, los padres del menor se desesperaron, temiendo lo peor. La quejosa refirió que aproximadamente a las siete de la tarde una persona de nombre Alejandro Sánchez les informó que él había anestesiado al niño, que tuvo una reacción a la anestesia y presentó un “paro cardíaco”, por lo cual no lo operaron. Por su parte, el “doctor Montiel” les dijo que “hubo un problema” pero que su hijo estaba vivo, que se recuperaría y sería trasladado al Hospital Regional “Adolfo López Mateos” del ISSSTE, dado que en el Hospital General Tacuba no contaban con unidad de terapia intensiva para niños, lo que aconteció esa noche quedando en aquel hospital a cargo de la doctora Sofía Peña.

Asimismo, refirió que en el Hospital Regional “Adolfo López Mateos” uno de los médicos les informó que el niño presentaba un grave daño cerebral, debido a que en el Hospital General Tacuba habían tardado 40 minutos en reanimarlo, que por lo mismo era probable que al niño se le practicara una traqueotomía, debido a que “las secreciones que produce no le permiten respirar”.

Finalmente, señaló que el estado físico actual del menor es notoriamente grave y el pronóstico de su salud es pésimo, por lo que solicitó la intervención de esta Comisión Nacional para que se investigue la negligencia médica en que incurrieron los doctores del Hospital General Tacuba del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado que atendieron y no operaron a su sobrino; que se les castigue conforme a Derecho, y que al menor se le proporcione la atención médica adecuada que requiera, así como los medicamentos y la rehabilitación necesarios.

B. Con objeto de atender la queja de mérito, esta Comisión Nacional realizó las gestiones siguientes:

i) Mediante los oficios 21396 y 23062, del 5 y 24 de agosto de 1998, solicitó a la doctora María del Carmen Madrazo Navarro, Coordinadora General de Atención al Derechohabiente del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, un informe detallado sobre los hechos constitutivos de la queja.

En respuesta a las solicitudes del informe, se recibió el oficio CGAD/5358/98, del 31 de agosto de 1998, suscrito por la doctora María del Carmen Madrazo Navarro, al que anexó un informe y una copia del expediente clínico del menor José Luis Ramírez Camacho.

ii) El 17 de septiembre de 1998 este Organismo Nacional solicitó a su Unidad de Servicios Periciales un dictamen correspondiente al asunto que se trata. Dicha unidad procedió al estudio y análisis del expediente clínico del niño José Luis Ramírez Camacho, tomando en consideración los siguientes documentos:

a) Notas del expediente clínico del Hospital General Tacuba.

__La nota médica del 10 de diciembre de 1997, efectuada por el “doctor Montiel”, que anota: “el paciente es masculino de tres años de edad, con sintomatología alérgica y cuadro respiratorio de faringoamigdalitis. Con antecedentes patológicos personales de alergia a la penicilina y en- contrando en la exploración física: orofaringe amígdalas grado II, nariz con mucosa hiperémica secreciones hialinas. Idx. Rinitis alérgica. Amigdalitis crónica. Plan: laboratorios”.

__La nota de oftalmología de primera vez, del 15 de diciembre de 1997, que menciona que se trata de masculino de tres años, cuya madre refiere que cuenta con el diagnóstico de conjuntivitis primaveral efectuado por un oftalmólogo, y que

[...] desde hace cuatro meses ha sido tratado con Blefamide, Alomide, Opticon Autic, que inició hace un año con enrojecimiento crónico de A.O (sic), lagrimeo y que después en el mes de septiembre presentó ampollas en los ojos (sic), motivo por lo que lo llevó al oftalmólogo particular. En tratamiento de otorrinolaringología por faringoamigdalitis crónica. A la exploración física: folículo hipertrófico en conjuntivas [...] superior, congestión conjuntival +. Resto bien. Idx. Conjuntivitis alérgica.

__El resultado de laboratorio del 12 de enero de 1998, consignando negatividad escasa celularidad, en la búsqueda de eosinófilos en exudado nasal; existen otros resultados de los días 13 y 14 de enero del año mencionado, pero que no consignan nada respecto del estudio solicitado, ambos reportan “eosinófilos=negativo, es- casa celularidad”.

__La nota de oftalmología del 24 de febrero de 1998, en donde la doctora Mayra Flores menciona que el paciente acude a revisión, que continúa con prurito.

__La nota del 26 de enero de 1998, realizada por el “doctor Montiel”, donde se consigna que “se trata de masculino de cuatro años de edad con diagnóstico de rinitis alérgica, se le indica Astemizol/difenilhidramina. Cita el 30 de marzo de 1998”.

__La nota del 30 de marzo de 1998, realizada por el “doctor Montiel”, consignándose que se trata de masculino de cuatro años de edad con mejoría, se le indica nuevamente astemizol y difenilhidramina. Se solicita radiografía central de cuello.

__La nota del 20 de abril de 1998 del servicio de otorrinolaringología efectuada por el “doctor Montiel”. Se anota: “masculino de cuatro años. Central de cuello con crecimiento. Astemizol medio gotero”.

__La nota del 2 de junio de 1998, del servicio de otorrinolaringología, efectuada por el “doctor Montiel”, refiere: “masculino conocido que actualmente se encuentra con cuadro agudo, manejado médicamente. Paciente que al no tener mejoría se le programa para A/A (sic), el próximo 3 de julio de 1998. Astemizol/eritromicina/pulmolín”.

__La nota del 1 de julio de 1998, del servicio de otorrinolaringología, señala: “Masculino conocido que se le interpretan sus estudios encontrándolos normales. Se da pase: “doctor Montiel”.

__La nota de ingreso al servicio de pediatría, del 6 de julio de 1998 a las 00:00 horas, efectuada por la “doctora Mata”, médica adscrita, en la que se describe que:

Se trata de paciente masculino preescolar de cuatro años de edad, quien ingresa de su domicilio con diagnóstico de adenoamigdalitis de repetición, cuenta los siguientes antecedentes de interés:

Alérgico a la penicilina, quirúrgicos negados. En el padecimiento actual se reporta que desde los seis meses de edad presenta cuadros repetitivos de infección de vías respiratorias, acentuándose el cuadro cada 15 días, con ronquidos por la noche, con voz nasal, con respiración oral, acudiendo con médico familiar, quien les envía a otorrinolaringología y posteriormente es canalizado a esta unidad. A la exploración física se reporta paciente tranquilo, orientado, sin facies características, sus signos vitales dentro de parámetros normales, hidratado, coloración adecuada de mucosas, cr neo con implantación adecuada de cabello y pabellones auriculares, pupilas con adecuada respuesta a la luz, nariz central, orofaringe hiperémica +, congestiva +, con hipertrofia amigdalina grado IV, crípticas sin exudados anormales, cuello cilíndrico con pulsos presentes, tórax con campos ventilados con exudativos, ruidos cardiacos rítmicos y de buena intensidad y frecuencia, no soplos, no fenómenos agregados, demás sin alteración. Idx. Adenoamigdalitis de repetición. Plan: ayuno.

Canalizar antes de pasar a quirófano con sol. glucosada 5% 100cc PMVP (sic). Preparar y pasar a quirófano en cuanto lo soliciten.

__La hoja de valoración preanestésica efectuada el 6 de julio de 1998 por el doctor Ávila, donde menciona:

[...] se trata de masculino de cuatro años cinco meses de edad, con un peso de 23 kg, pulso de 102 por minuto, temperatura de 36. 8, 28 respiraciones por minuto, no se consigna la presión arterial, ni el grupo y RH sanguíneos; tiempo de protrombrina de 10.5, tiempo de tromboplastina parcial de 34.3; hemoglobina de 12.4; hematócrito de 39.9, y plaquetas de

347,000. En la hora de la última ingesta se menciona que fue a partir de las 09:00 A.M. del 7 de julio de 1998. Operación solicitada adenoamigdalectomía. Técnica anestésica: anestesia general. Mallampati II. Consideraciones anestesiológicas: ASA EIA, Goldman I; Glasgow 15; RTG leve; NYHA (sic).

__La nota de enfermería del servicio de pediatría y cuneros, del 7 de julio de 1998, en donde se consigna que la frecuencia cardíaca del niño José Luis Ramírez Camacho es igual a 86 por minuto, temperatura de 36.4, sin reportarse la tensión arterial. Se señala que a las 14:00 horas pasa a quirófano.

__La nota del servicio de otorrinolaringología, del 7 de julio de 1998, sin registro de la hora, efectuada por el doctor Gerardo Montiel, que anota:

Se trata de paciente preescolar de cuatro años de edad que ingresa con el diagnóstico de adenoamigdalitis de repetición y pasa a quirófano para que se realizara su procedimiento quirúrgico, se pasa paciente de recuperación a quirófano, y se colocó en posición de decúbito dorsal y le administraron anestesia inhalatoria con máscara, al mismo tiempo que le canalizaban, posteriormente al intubar al paciente cayó en fibrilación ventricular e hipoxia, se le continuó con ventilación y se inició con maniobras de masaje cardíaco y le administraron medicamentos intravenosos, posteriormente continuaba la fibrilación cuando le aplicaron desfibrilador y el paciente continuaba con fibrilación y posteriormente paro cardíaco, continuando con las maniobras de reanimación y en cuatro ocasiones más le aplicaron desfibrilador, y el doctor Reyes como control de la situación, continuando con masaje, finalmente después de algunos minutos el paciente inició con ritmo y con la presencia de complejos QRS de forma más estable, una vez controlado el cuadro agudo se solicita el paso del paciente a unidad de cuidados intensivos, y valora la posibilidad de pasarlo a UCIN donde refieren que el paciente tiene un tamaño inadecuado para que pase a las cunas con que cuentan. Se plantea la posibilidad de trasladar al paciente a otra unidad médica donde cuente con terapia intensiva que cuenten con ventilador tipo BEAR, actualmente se está tratando de conseguir el ventilador y de no existir uno disponible en este hospital se trasladará al paciente. Por cuenta de otorrinolaringología no se practicó intervención y se difiere hasta el momento en que el paciente se encuentre en mejores condiciones y el padecimiento así lo amerite.

__La nota de anestesiología del 7 de julio de 1998, sin registro de la hora en que se realizó, efectuada por el doctor Sánchez, médico de base, que indica:

Masculino de cuatro años programado para amigdalectomía. Que cuenta con el antecedente de haber convulsionado por hipertermia y de ser alérgico a la penicilina. Ingresa a sala despierto, consciente, irritable, nervioso, sin canalizar. Se "monitorea" y toman signos vitales (oxímetro de pulso, EKG continuo en DII), se canaliza vía periférica en Ms izq., suficiente inducción c/3 vol % (sic), atropina 300 mcgrs, IV DT.F (sic), intubación con sonda orotraqueal núm. 6 S/G (sic) atraumática al primer intento, momentos después de la intubación presenta problemas con la frecuencia cardíaca hasta llegar al paro, dándosele maniobras de reanimación inmediatas. Además, de la administración de atropina tres mgs, dosis total fraccionada, adrenalina dos mcgr, DTF (sic), sulfato de magnesio un gr. IV DTF (sic), un mpula de bicarbonato IV DTF hidrocortizona 200 IV DTF, por presentar fibrilación ventricular se aplican 300 mgs de lidocaína al 1 %, más cinco descargas con el defibrilador

c/100 jousls (nunca se perdió la ventilación además de tener una buena saturación de oxígeno), en estos momentos el paciente se encuentra intubado con automatismo respiratorio 21 respiraciones por minuto, con buena coloración de tegumentos, luchando con sonda orotraqueal, con buena respuesta a los estímulos dolorosos, no así a la respuesta verbal por la administración de tres mg, de Diacepam intravenoso en dosis total. Se pide apoyo a terapia intensiva y a pediatría. Pasa a la terapia intensiva intubado c/automatismo respiratorio de 21 por minuto y frecuencia cardiaca de 120 por minuto.

__La nota de valoración de la unidad de cuidados intensivos, efectuada el 7 de julio de 1998 a las 16:25 horas, en donde se consigna lo siguiente:

Solicitan valoración al servicio por presentar paro cardiaco el paciente de aproximadamente cuatro minutos, se desconoce bien el tiempo, por lo que se pasa a quirófanos, encontrándolo con intubación T con ventilación controlada, con apoyo de máquina de anestesia y ventilador manual, encontrándolo con datos de hipoperfusión, así como en paro cardiaco, por lo que se continúa la asistencia en el paro cardiaco, se coloca dopamina, así como sulfato de magnesio un gr, se aplica solución de Hartman con buena respuesta, también se aplicó en tres ocasiones desfibrilación, así como la aplicación de lidocaína simple, se deja signos vitales TA de 100/60, frecuencia cardiaca de 130 por minuto, frecuencia respiratoria de 18 por minuto, con palidez de tegumentos, se toma gasometría y se observa acidosis metabólica descompensada.

Paciente el cual, por la edad de cuatro años, es candidato a la U.C. pediátrica, por lo que se sugiere solicitar un traslado para el manejo y control del mismo, ya que no contamos con "monitoreo" especial para él, quedando a cargo de los servicios tratantes (sic).

__La nota postanestésica dirigida al Secretario de Bioética Médica del Hospital General Tacuba, efectuada el 19 de julio de 1998, por el doctor Alejandro Sánchez, médico adscrito del servicio de anestesiología. En la misma expresa que:

Se trata de masculino de cuatro años programado para amigdalectomía con antecedentes importantes de cuadros repetitivos de faringoamigdalitis, alérgico a la penicilina y de haber convulsionado alguna vez por hipertermia. Ingres a sala despierto, consciente, muy nervioso, irritable, haciéndose muy difícil su manejo. Se "monitorea" con "monitoreo" tipo I (electrocardiograma continuo en DII, estetoscopio precordial y oxímetro de pulso) encontrándose con signos vitales: frecuencia cardiaca por minuto 130, frecuencia respiratoria de 20 por minuto, saturación parcial de oxígeno 94%.

Se realiza inducción anestésica inhalatoria con sistema BAING a cuatro litros de oxígeno por minuto más halotano, iniciándose a un volumen de 1% y llevándolo a un máximo de tres volúmenes por ciento, simultáneamente a esto se canaliza vía venosa periférica en miembro superior izquierdo con solución cristaloide. En ese momento se aprecia la disminución rápida de la frecuencia cardiaca a 80 por minuto, por lo que se administran 300 mcgs de atropina IV, en ese instante se cierra al dial del halotano y se realiza intubación con sonda orotraqueal núm. 6 sin globo al primer intento, atraumática y sin complicaciones. Al seguir disminuyendo la frecuencia cardiaca a 70 por minuto se vuelve a administrar atropina 300 mcgs, sin obtener respuesta positiva y continuando el descenso hasta 60 por minuto, por lo que se decide pasar otra dosis similar sin observarse efecto favorable y por el

contrario, la frecuencia cardiaca disminuye hasta llegar a la asistolia. Se procede a realizar maniobras de reanimación cardiopulmonar inmediatas procurando que el masaje cardiaco tuviera una frecuencia de 80 a 100 compresiones por minuto y una frecuencia respiratoria de 20 por minuto (es en este momento cuando se solicita apoyo del personal de enfermería, anestesiología y unidad de cuidados intensivos).

Se administra tratamiento con adrenalina 300 mcgrs, no obteniéndose respuesta, se pasa una segunda dosis saliendo casi inmediato del paro cardiaco (aproximadamente de tres a cuatro minutos) quedando con taquicardia ventricular de 190 por minuto, por lo que se administra lidocaína al 1% a 1 mg/ kg como primera dosis, la segunda dosis se pasa a 2 mg/kg y la tercera a 3 mg/kg sin obtenerse el efecto esperado; por el contrario, llega a fibrilación ventricular instaurándose tratamiento con desfibrilador, continuando sin respuesta se pasa una segunda descarga con el mismo voltaje.

En ese momento el médico de la unidad de cuidados intensivos se hace cargo de la situación y administra sulfato de magnesio y otra descarga con el desfibrilador logrando sacarlo hasta la tercera descarga proporcionada por el médico de la UCI, tomando ritmo nodal con una frecuencia cardiaca de 130 por minuto y una T/A de 100/50. Cabe señalar que al cesar las maniobras de reanimación y suspender el manejo con medicamentos no se lograba mantener el ritmo cardiaco presentado desde bradicardia, asistolia, extrasístolis ventriculares con ritmo de escape, taquicardia ventricular paroxística y fibrilación ventricular (esto se dio entre los lapsos de tiempo necesario para volver a administrar nuevas dosis de medicamentos o descargas aproximadamente cada tres minutos).

El paciente pasa a la UCI de este hospital intubado, luchando con sonda orotraqueal con una frecuencia cardiaca de 130 por minuto y respuesta a estímulos dolorosos, previo al paso a la UCI.

Se hace notar que el paciente desde el inicio del evento nunca perdió el automatismo ventilatorio, conservando una buena saturación de oxígeno de 98-99%.

Total de medicamentos administrados.

Atropina: 3 mgrs. IV dosis total fraccionada.

Adrenalina: 2 mgrs. IV dosis total fraccionada.

Lidocaína 1% simple: 300 mgrs. IV dosis total fraccionada.

Bicarbonato: un mpula al 7.5%.

Dexametasona: 5 mg. IV dosis total.

Dopamina:

Diacepam: 3 mg dosis total.

Líquidos: solución de Hartman 700 ml (sic).

__La nota de informe del doctor Reyes, médico adscrito a la unidad de cuidados intensivos, del 19 de julio de 1998, en la que se consigna que:

Que el niño José Luis Ramírez Camacho presentó paro cardíaco durante la inducción anestésica y solicitando interconsulta al servicio de UCI adultos, por lo que se acude a dar apoyo al evento presentado, en donde se observó fibrilación ventricular, asistolia, extrasístoles ventriculares (ritmo de escape), taquicardia ventricular paroxística, siendo necesario la aplicación de desfibrilaciones, las cuales durante el apoyo se le aplicaron tres descargas y anteriormente se le aplicaron dos, siendo en total cinco descargas; se le da apoyo de reanimación cardiopulmonar avanzado, siendo buena la respuesta y la aplicación de atropina, adrenalina, dopamina, sulfato de mg.

Se solicita apoyo para que el niño pase a UCI adultos, con apoyo mecánico, el cual se usa ventilador de presión, manejándose únicamente flujo y frecuencia respiratoria.

Observando durante su estancia corta epistótonos, crisis convulsivas con relajación de esfínter, encontrándolo con palidez de tegumentos, reflejos pupilares lentos, Babinsky y sucedáneos dudosos, e hiperreflexia con epasticidad generalizada, tórax con área cardíaca con taquicardia sinusal, galope intermitente, no soplo, área pulmonar con broncoespasmo, genitales con fimosis impidiendo la colocación de sonda Foley.

Se da protección neurológica, cardíaca y ventilatoria, conjuntamente con el servicio de pediatría.

Con: Tiopental 125 mcgrs cada ocho horas, DFH 500 mgrs IV ambos, Dexametasona 4 mgrs, Digoxina 0.3 mgrs (sic).

b) Respecto de la atención que se le brindó al niño José Luis Ramírez Camacho en el Hospital Regional “Adolfo López Mateos”, dependiente del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

__La nota de ingreso a la unidad de terapia intensiva pediátrica, del 7 de julio de 1998, donde se reporta:

Hora de arribo a la unidad: son las 19:45, con presencia de crisis convulsivas, facies febril con temperatura de 38.5 GC., las crisis son yuguladas con Diacepam, hipotensión de 122/49. A la exploración neurológica, pupilas midriáticas sin respuesta a la luz, fon-do de ojo con papila pálida, relación arteria-vena alterada, reflejos osteotendinosos abolidos, cutáneos abolidos, extrapiramidales abolidos pero con respuesta al dolor (retira). Debido al evento de hipoxia-anoxia con que cursó el paciente, se decide iniciar manejo de reanimación cerebral con sedación, también se solicita TC (tomografía computarizada) de cráneo a fin de valorar el daño secundario; el reporte verbal con edema cerebral leve-moderado únicamente...

El paciente se encuentra intubado con c nula número 6 longitud inicialmente en el número 17; sin embargo, se observa por radiografía de tórax de control cánula pasada, por lo que se retira hasta el número 15... radiografía sin datos de síndrome pleuropulmonar. Se continúa con apoyo ventilatorio... área cardíaca con ruidos rítmicos de buena intensidad, no

agregados, pulsos carotídeos homóclotos y sincrónicos con los radiales, se coloca catéter central en región subclavia derecha a su ingreso con control radiológico, observándose en región auricular derecha, buen retorno venoso; se observan múltiples sitios de venopunción (ya los traía) en las extremidades, llenado capilar de uno a dos segundos... el electrocardiograma sin datos de lesión isquémica, no obstante CPK de 1000 UI con MB de 48...

Se reporta uresis muy disminuida en el hospital de referencia...

IDX.

1. Status posparo cardiorrespiratorio revertido.
2. Encefalopatía hipóxico isquémica sec.
3. Edema cerebral de leve a moderado sec.
4. Acidosis metabólica.
5. Crisis convulsivas generalizadas.
6. Descartar miocardiopatía hipóxicoisquémico secundaria a 1.
7. Dermatitis por fricción en tórax anterior (sic).

__La nota de interconsulta con el servicio de otorrinolaringología, del 24 de julio de 1998, que refiere:

Paciente masculino de cuatro años de edad...

Se trata de caso médico-legal, ya que el paro cardiorrespiratorio se presentó en una inducción anestésica para amigdalectomía en el Hospital Tacuba.

El paciente, desde su ingreso (07-07-98), día en que sucedió el paro, llegó con intubación orotraqueal, desde entonces hasta el día de hoy se han hecho tres intentos de extubación presentando dificultad respiratoria habiendo necesidad de reintubar...

Se encontraron varias indicaciones para efectuar traqueotomía, como intubación prolongada de 17 días, manejo de la vía aérea y manejo de secreciones, además se sospecha de estenosis subglótica, ya que el paciente ha presentado datos de dificultad ventilatoria (retracción xifoidea y tiros intercostales) así como estridor a la extubación. Por lo que se nos solicita también la realización de endoscopia con fibra óptica con fines diagnósticos.

__La nota del 24 de julio de 1998, de las 19:50 horas, en la que se consigna que el paciente es sometido a una traqueotomía sin ninguna complicación.

__La nota matutina del 27 de julio de 1998, que señala: se toma un control tomográfico en el que se reporta atrofia cortical importante”.

__La nota del 27 de julio de 1998, en la que se menciona que visitantes adjuntos de la Comisión Nacional de Derechos Humanos se presentaron en el Hospital Regional “Adolfo López Mateos”, en la que se refiere:

La doctora Sofía Peña, médica adscrita al servicio de terapia intensiva del turno vespertino, informó que el niño José Luis Ramírez se encontraba en la cama número cinco de ese servicio sin presentar estado de vigilia, con mirada perdida, movimientos anormales a los estímulos dolorosos, hipertónico e hiperrefléctico; al practicarse electroencefalograma, reportando baja actividad y potenciales evocados detectando ceguera central. Por lo que se integra el diagnóstico de encefalopatía hipóxico-isquémica con secuelas severas con un pronóstico pésimo, encontrándose con tratamiento de reanimación cerebral.

__La nota del 29 de julio de 1998, a las 16:00 horas, del servicio de neurocirugía, que consigna que el padecimiento actual lo inicia el 7 de julio de 1998, al ingresar a sala de quirófano para realizar amigdalectomía, mencionándose en hoja de anestesia que:

Se inicia procedimiento anestésico con inducción de halotano a vol. 3% con la presencia de alteraciones en el ritmo y posterior paro cardiorrespiratorio, se intubó al paciente y se comenzó a dar reanimación cardiopulmonar, incluyendo en cinco ocasiones aplicación de desfibrilador a 100 joules hasta obtener ritmo sinusal, después de 40 minutos de haber iniciado el evento. Se pasa a UCI con presencia de acidosis metabólica y un estado neurológico poco valorable, sin embargo, se refiere que durante el traslado el paciente sufrió cinco eventos convulsivos. Presentándose uno incluso en el servicio de UTIP de este hospital.

__El resumen clínico de alta intrahospitalaria del Hospital Regional “Adolfo López Mateos”, del 9 de noviembre de 1998, efectuado por el doctor Medina, médico jefe de servicio, en el que se anota:

Se trata de paciente masculino de cuatro años de edad, quien ingresa procedente del Hospital Tacuba, con antecedentes de haber sufrido paro cardiorrespiratorio, al iniciarse procedimiento anestésico para cirugía de adenoamigdalectomía, revirtiéndolo con desfibrilación en cinco ocasiones. Durante su trayecto a esta unidad, presenta cinco eventos convulsivos tónico-clónicos generalizados, manejándose con tiopental. A su ingreso a esta unidad se recibe febril, con presencia de evento convulsivo, estado de choque, estado neurológico poco valorable debido a sedación, pupilas inicialmente sin respuesta a la luz, posteriormente lenta, fondo ocular normal, posteriormente con presencia de papila pálida, reflejos de tallo, osteotendinosos, extrapiramidales abolidos, presentando únicamente retiro al estímulo doloroso. Se inicia manejo de reanimación avanzada (cerebral), con sedación profunda, bloqueadores de canales de calcio, anticomicial, ventilación mecánica y apoyo inotrópico. Valorado inicialmente por neurología, quien refiere datos de encefalopatía hipóxico grado III, así como también por cardiología, realizándose ecocardiograma sin datos anormales en paredes ventriculares, se mantiene cinco días con manejo comentado, suspendiéndose para valoración del estado neurológico, encontrándole con presencia de automatismo ventilatorio, espasticidad generalizada, hipertonía, mirada

fija, afásico, reflejo nauseoso y tusígeno presentes, deglución mínima, respuesta pupilar adecuada, Glasgow de 10 puntos. Es valorado por medicina física iniciándose terapia rehabilitatoria por dicho servicio y familiares, evolucionando hacia la mejoría con disminución de la espasticidad, logrando mejor movilidad de las extremidades. Actualmente se encuentra con espasticidad menor que la del ingreso; presenta movimientos voluntarios, bien coordinados, sonrisa social, con reflejos de deglución adecuados, tolerando actualmente la dieta oral; reconoce voces, dice palabras, realiza gesticulaciones para comunicarse, sostiene la cabeza y se sienta. Se realizan controles tomográficos, se muestra atrofia cortical, así como también potenciales evocados auditivos normales y visuales que reportan alteración del sistema de conos y bastones, encontrándose una función aproximadamente del 50% que se manifiesta como amaurosis bilateral. El electroencefalograma muestra ondas lentas.

Durante su estancia en UTIP cursa con dificultad para la extubación, realizándose traqueostomía por parte de otorrinolaringólogo, cursando con proceso neumónico por pseudomonas remitiendo con tratamiento. Presenta también infección de vías urinarias por candida glabrata, y gastroenteritis por E. Coli recibiendo tratamiento antimicrobiano; el 6 de octubre de 1998 se le realiza cambio de cannula de traqueostomía en el Instituto Nacional así como laringoscopia, la cual reporta presencia de granuloma en la parte anterior y superior del estoma traqueal programándose para extirpación del mismo. El 26 de octubre de 1998, en dicho instituto. Se realiza decanulación en dicha fecha, sin complicaciones. Actualmente se encuentra afebril, con buena tolerancia a la vía oral, sin soluciones parenterales, únicamente tratamiento anticomicial, procinético intestinal, y ácido ascórbico. Se decide alta con tratamiento con:

1. Acido valproico 1.1 ml. VO cada ocho horas.
2. Prepulsid (cisaprida) 5 mg (una tableta) cada ocho horas VO diluida en 5 ml de agua.
3. Fluconazol una cápsula cada 24 horas VO en 5 ml de agua.
4. Ambroxol 3.5 ml VO cada ocho horas, por seis días.
5. Ácido ascórbico una tab cada 24 horas, diluida en 5 ml de agua VO.

Se les indica a los familiares que cualquier eventualidad llamar a los teléfonos 661 63 64, ext. 1234, o 661 42 38 para solicitar ambulancia para trasladar al paciente al hospital, o al 661 96 11, exts. 1132, 1189.

Citas:

Cita a rehabilitación doctora Flores el 13 de noviembre de 1998 a las 11:00 horas.

Cita a UTIP el 13 de noviembre de 1998 a las 10:00 horas, para toma de urocultivo y EGO, cita a ORL mismo día a las 09:00 horas, con doctor Jorge Robles A.

Doctor Marino Medina R. (sic).

Diagnóstico de egreso:

1. Secuelas de encefalopatía hipóxicoisquémica: amaurosis, afección de músculos torácico-lumbares, disminución de fuerza 3/5 en extremidades/disartria/dislalia.
2. Control de urología pendiente.
3. Alt. ácido base corregidas.
4. Infección de vías urinarias en tratamiento (por candida glabrata).
5. Resección de granuloma laríngeo.

iii) El 18 de noviembre de 1998, la Unidad de Servicios Periciales de este Organismo Nacional emitió el dictamen solicitado, cuyos comentarios y conclusiones se reproducen a continuación:

Comentarios

Después de haber analizado los antecedentes anteriormente consignados se desprenden una serie de anomalías en la atención médica proporcionada en el Hospital General Tacuba del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, que dan lugar a negligencia e impericia en el manejo médico que se le otorgó al niño José Luis Rodríguez Camacho, como lo son:

El hecho de que el otorrinolaringólogo, doctor Montiel, aun cuando lo valoró en varias ocasiones, no le efectuó una historia clínica completa y una exploración física adecuada, ni aun la que concierne a su especialidad, ya que en su nota del 10-12-97 sólo consigna “amígdalas grado II, nariz con mucosa hiperémica y secreciones hialinas”, dando una impresión diagnóstica de rinitis alérgica y amigdalitis crónica, sin justificar dicho diagnóstico y sin consignar ningún tratamiento, sólo solicita estudios de laboratorio de búsqueda de eosinófilos en exudado nasal resultando negativos. El 30-03-98 le indica al paciente una radiografía central de cuello, reportando a los 20 días que ésta presenta crecimiento, sin mencionar qué estructura anatómica era la que presentaba ese crecimiento; después de esto nuevamente valora al paciente el 02-06-98, siendo en este momento que al encontrarlo con “cuadro agudo” decide que “al no tener mejoría” se le programa para adenoamigdalectomía, sin haber consignado una semiología completa (descripción adecuada de los signos y síntomas), por lo que en ningún momento justifica la indicación de efectuar una intervención quirúrgica.

Al respecto, es necesario mencionar las siguientes consideraciones:

El término amígdalas se emplea en su sentido comúnmente aceptado indicativo de las dos amígdalas de las fauces; el término adenoides se refiere a las amígdalas nasofaríngeas. Amígdalas y adenoides forman parte de los tejidos linfoides que circundan la faringe.

Los principales trastornos de las amígdalas y de las adenoides son la infección y la hipertrofia. Esta última suele ser temporal y secundaria a la infección.

Las manifestaciones clínicas varían considerablemente; las características significativas son dolor de garganta recurrente o persistente, obstrucción para la deglución y la respiración, respiración por la boca principalmente cuando el niño se encuentra en posición supina (acostado boca arriba), es decir casi siempre cuando el niño duerme, en cuyo caso son también probables los ronquidos, esto último casi siempre causados por las adenoides hipertrofiadas. Puede haber una sensación de sequedad e irritación en la garganta y halitosis, además si el problema de la hipertrofia adenoidea es intensa, la boca se mantiene abierta durante el día, la voz también está afectada con una calidad nasal apagada.

La decisión de extirpar las amígdalas debe basarse en síntomas y signos relacionados directamente con la hipertrofia, obstrucción e infección crónica tanto de las amígdalas como de las adenoides y de estructuras relacionadas. La mayor parte de las amígdalas hipertróficas son en realidad de tamaño normal; la mala interpretación se debe a la incapacidad para apreciar que las amígdalas son relativamente mayores durante la infancia que en años posteriores.

La hiperemia persistente de los pilares anteriores es un signo muy fiable, y el aumento de tamaño de los ganglios linfáticos cervicales constituye un dato más en favor. Resulta especialmente significativo el aumento de tamaño persistente del ganglio situado inmediatamente por debajo y ligeramente por delante del ángulo de la mandíbula. Una hipertrofia suficiente como para obstruir la deglución o la respiración es rápidamente detectable. No obstante, antes de recomendarse la adenoamigdalectomía es preciso asegurarse de que la hipertrofia es crónica y no consecuencia de una infección aguda reciente y comprobar que existe respiración persistente por la boca, fonación nasal, facie adenoidea, crisis repetidas de otitis media (especialmente si se acompaña de pérdida de audición de tipo conductivo) y nasofaringitis persistente o recurrente.

En otro orden de ideas, es preciso mencionar que el doctor Sánchez, encargado de realizar el procedimiento anestésico, no efectuó la nota de registro de anestesia, la cual es una parte integral del expediente clínico hospitalario del paciente, debido a que en este documento se anotan las secuencias de todas las mediciones de las funciones vitales, procedimientos y medicamentos.

Aun cuando debe ser de su conocimiento que los fines de la elaboración y conservación del registro de anestesia son:

1. Facilitar el cuidado del paciente.
 - a) Asegurar la atención frecuente al estado del enfermo.
 - b) Proporcionar información sobre el estado general del paciente.
 - c) Establecer la secuencia de fenómenos que conducen a reacciones y complicaciones.
2. Proporcionar material para enseñanza, estudio e información estadística.
3. Establecer un registro médico-legal.

Por lo tanto, el registro es tan importante que la precisión del diagnóstico clínico de la anestesia depende de la calidad y suficiencia de estas observaciones anotadas.

Sin embargo, como ya se mencionó, el doctor Sánchez no efectuó ningún registro, y no sólo eso, sino que en su nota de anestesiología del 07-07-98 (del momento de los hechos), no registra qué medicamento utilizó, la hora en que comenzó a suministrarlo, por cuánto tiempo lo hizo, el momento en que ocurrió el paro cardiorrespiratorio y la duración del mismo, hecho que evidencia más el deficiente manejo que recibió el paciente, evento que lo llevó a presentar el estado físico actual.

En este punto es necesario mencionar que lo único que consignó en dicha nota fue que el inductor de anestesia que le suministró en la sala de quirófano fue a “tres volúmenes por ciento (sic)”. Por lo que se deduce que muy probablemente lo que sucedió en el caso que compete a este dictamen (debido a que no se consignó cuál era el agente inhalatorio que se estaba suministrando), fue un error en el inhalante que se utilizó, pudiendo tratarse de óxido nitroso, el cual es un agente que provoca insuficiencia respiratoria y circulatoria, en caso de haberse tratado de halotano el gas utilizado para la inducción de la anestesia, su administración, llevándolo a tres volúmenes por ciento en forma inmediata, pudo agudizar sus efectos a nivel cardiorrespiratorio, ocasionando una depresión importante llevándolo al paro, ya que en este caso era importante iniciar la inducción con la dosis mínima 0.74 o a un volumen por ciento, con el objetivo de ir verificando en qué plano de la anestesia se encontraba, hasta lograr la inducción, tal como lo consigna en su nota posterior (19-07-98), es decir, 12 días después del evento, además de que se desprende que no se percató oportunamente de este hecho, condicionando la disminución severa y prolongada de la saturación de oxígeno a nivel arterial durante el paro cardiorrespiratorio, lo que condicionó que no tuviese respuesta inmediata después de percatarse, aunado a que posteriormente es cuando solicita apoyo; en este sentido, es importante mencionar que dicho apoyo no lo solicitó inmediatamente, con la finalidad de brindarle al paciente el tratamiento integral del evento y lograr su rápida recuperación, ya que cuando éstos llegaron lo encontraron aún en paro cardiorrespiratorio y con datos de hipoperfusión, aun cuando se encontraba con ventilación manual controlada (sin mencionarse cuánto tiempo llevaba en él), por lo que, se considera, que todas estas deficiencias influyeron en la persistencia y severidad de la hipoxia a nivel cerebral, condicionando el daño que presentó posteriormente, esto en base a que, cuando la alteración se corrige entre tres a cinco minutos, la recuperación es factible, pero si el tiempo se prolonga más allá de cinco minutos, graves e irreversibles cambios se desarrollan.

Aunado a lo anterior, y tomando en cuenta que uno de los errores humanos que se cometen en anestesiología es la equivocación en el tipo de agente que se suministra al paciente, estableciéndose que los fármacos por se rara vez son la causa de morbilidad o mortalidad, ya que su efecto depende de la administración, elección, las dosis y los cuidados al suministrarlos. Esto último tiene especial relevancia si se toma en cuenta lo mencionado posteriormente por el mismo anestesiólogo (el 10-07-98), en el sentido de que el agente anestésico que suministró fue el halotano, hecho que puede ser factible por ser uno de los medicamentos que comúnmente se utilizan en niños para la inducción anestésica por inhalación, sin embargo, en todo caso también sería evidente la negligencia e impericia en los cuidados al suministrarla, debido a que si bien es cierto que el halotano es un medicamento comúnmente usado para la inducción en niños, también es cierto que es un

agente que presenta riesgos, como es el de que provoca disminución de la presión arterial y depresión respiratoria, además deprime por acción directa al músculo cardíaco, las arritmias ventriculares son raras durante la administración de halotano siempre y cuando se evite la aparición de oxigenación deficiente en el organismo, por lo tanto es esencial la vigilancia constante de la presión arterial y de la intensidad del pulso __datos que no se consignan en ningún momento.

A pesar de lo anterior es necesario comentar que en una intervención cualquiera que sea el tipo de ésta, se exige la más alta habilidad por parte del anestesiólogo en alteraciones fisiológicas por más mínimas que parezcan a fin de asegurar la supervivencia del paciente, en el caso que compete a este dictamen, y como ya se mencionó antes, el anestesiólogo nunca “monitorizó” la tensión arterial del niño, elemento de suma importancia para la determinación de las alteraciones fisiológicas y al no establecer qué fármaco utilizó, el tiempo que lo suministró y el momento en que comenzó con los problemas que lo llevaron al paro y cuanto duró en él, se infiere que no se percató en qué momento el niño cayó en el paro cardiorrespiratorio, ya que si bien es cierto que algunas alteraciones son inherentes a los medicamentos, también lo es que éstas son previsibles y pueden ser controladas al diagnosticarse y tratarse oportunamente.

Ahora bien, existen varias contradicciones en lo consignado en las notas del expediente clínico: en una nota del anestesiólogo, doctor Sánchez, con fecha 19-07-98, es decir, 12 días después de ocurridos los hechos, menciona que se realizó inducción anestésica inhalatoria con preoxigenación a cuatro litros de oxígeno por minuto, siendo que esto nunca se mencionó, ni por él mismo, ni por el médico que iba a efectuar la cirugía el 07-07-98, al momento de haber sucedido el evento que llevó al niño al estado de salud en que se encuentra actualmente (daño cerebral con secuelas severas entre las cuales se encuentra la pérdida de la respuesta visual del 50%).

Lo anterior aun cuando se establece que la preoxigenación se debe aplicar antes de la inducción con el fin de evitar que la saturación de oxígeno descienda cuando se aplica el agente inductor de la anestesia, y que en caso de existir suspensión transitoria del acto respiratorio el paciente pueda mantener una saturación de oxígeno durante un lapso de tres a cinco minutos.

Además se menciona en dicha nota que el fármaco utilizado fue el halotano y que supuestamente se suministró a un volumen del 1%, este medicamento y la dosis tampoco se consignaron en las notas de anestesiología ni de otorrinolaringología del día en que ocurrió el paro cardiorrespiratorio del niño, y que se llevó hasta un volumen máximo de 3%. Además menciona en esta misma nota del 19-07-98 que la intubación se efectuó después de que el niño presentó problemas con la frecuencia cardíaca, mientras que en su nota del 07-07-98 consignó que los problemas comenzaron posterior a la intubación.

El médico anestesiólogo siempre menciona que se trata de una intervención para extracción de las amígdalas (amigdalectomía), y el médico cirujano en todo momento consigna que se trataba de una intervención para extracción de adenoides y de amígdalas (adenoamigdalectomía), lo que significa que el anestesiólogo no estaba enterado de qué intervención iba a efectuarse, lo que evidencia lo mencionado por la quejosa en el sentido de que el médico que efectuó la revisión preanestésica no era el mismo que intervino en el

procedimiento anestésico el día programado, por lo que éste ignoraba qué procedimiento se había pensado efectuar.

El propio médico anestesiólogo nuevamente se contradice en su nota del 19-07-98 (punto 1.21), ya que menciona que los primeros 300 microgramos de atropina los suministró posterior a la disminución rápida de la frecuencia cardíaca, mientras que en su nota del 07-07-98 refiere haberla suministrado antes.

Ahora bien, como ya se mencionó anteriormente, no se consigna en ninguna de las notas del 07-07-98 la hora en que comenzó todo el procedimiento y mucho menos el tiempo que duró el paro cardiorrespiratorio del paciente. Lo que sí se mencionó en todas las notas del médico anestesiólogo es el hecho de que “el niño nunca perdió la ventilación”, y sólo en la nota del 19-07-98 consigna que “el paro cardíaco se revirtió casi de inmediato, de entre tres a cuatro minutos”.

Lo anterior no exenta que el niño haya permanecido con disminución severa del aporte de oxígeno cerebral, ya que si bien es cierto que puede existir un paro respiratorio transitorio, sin paro cardíaco, en donde la ventilación asistida sería de mucha ayuda, también es cierto que no puede existir un paro cardíaco sin que se suspenda el aporte de oxígeno aun cuando exista dicha ventilación.

Por otro lado y como ya se mencionó anteriormente, también en la nota del 19-07-98 el médico anestesiólogo consigna que solicitó, al percatarse de que el niño no reaccionaba a su manejo médico, el apoyo de los servicios de enfermería, terapia intensiva y anestesiología, poniendo en evidencia aún más su mal manejo médico, debido a que menciona que después de suministrarle varias dosis de atropina, sin mencionar en qué lapsos de tiempo, al acudir los médicos del servicio de terapia intensiva y aplicarle dos dosis de adrenalina (actúa principalmente aumentando la presión arterial y reforzando la acción cardíaca) el niño “reaccionó y salió del paro casi de inmediato (tres a cuatro minutos)”, pero no menciona cuánto tiempo llevaba ya el niño en dicho paro, el cual por el estado clínico en que se encuentra actualmente __trastorno del encéfalo por insuficiencia respiratoria y circulatoria con secuelas severas__ se presume que se trató de un paro cardiorrespiratorio prolongado, es decir, más de cinco minutos, ya que se establece que este trastorno se produce por una falta de oxígeno en el encéfalo debido a disminución de la tensión arterial y/o a insuficiencia respiratoria. Los grados leves de oxigenación insuficiente inducen a falta de atención, alteración en la capacidad de discernimiento e incoordinación motora, aunque no causan efectos permanentes. En la oxigenación insuficiente grave o la ausencia de oxigenación, como ocurre en el paro cardíaco, el paciente pierde la consciencia al cabo de pocos segundos, aunque presenta una recuperación completa cuando se restablecen la respiración, la oxigenación de la sangre y la función cardíaca en un lapso de entre tres y cinco minutos. Pero si no se restablecen en este lapso de tiempo se produce una alteración grave y permanente del encéfalo, hecho que corresponde al diagnóstico anteriormente mencionado, además, es necesario comentar que el niño es trasladado ese mismo día 07-07-98 al Hospital Regional “Adolfo López Mateos”, reportándose con presencia de convulsiones y con acidosis metabólica, que suele aparecer en los casos de insuficiencia respiratoria y circulatoria severos.

Por último es preciso mencionar que tratándose de un hospital general, como es el Tacuba, se considera que debe contar con el servicio de cuidados intensivos pediátricos, de conformidad con lo establecido por el artículo 70 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Lo anterior condicionó que el niño agraviado fuese transferido al Hospital Regional “Adolfo López Mateos” en condiciones de suma gravedad.

Conclusiones

Primera. Existe negligencia e impericia por parte del doctor Montiel, médico otorrinolaringólogo del Hospital General Tacuba del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, en esta ciudad, por no haber justificado en sus notas médicas su indicación de la extracción quirúrgica de las adenoides y amígdalas para el 07-07-98 al niño José Luis Ramírez Camacho.

SEGUNDA. Existe negligencia e impericia por parte del doctor Sánchez, médico anesthesiologo del hospital antes mencionado, que llevó a cabo la inducción de la anestesia al niño José Luis Ramírez, por lo siguiente:

- a) No haber efectuado la hoja del registro anestésico.
- b) No haber consignado el 07-07-98, cuál fue el medicamento que utilizó con fin de inducir la anestesia.
- c) No haberse percatado en qué momento se presentó el paro cardiorrespiratorio del niño.

Todo lo anterior dio lugar a un prolongado periodo de deficiente oxigenación encefálica dando como resultado muerte importante de neuronas con secuelas severas.

TERCERA. Existe responsabilidad administrativa por parte del Hospital General Tacuba, por no contar con una unidad de cuidados intensivos pediátricos.

CUARTA. La clasificación provisional que corresponde a las lesiones que el niño José Luis Ramírez Camacho sufrió por dicha falta de oxigenación encefálica prolongada son de las que resulta una enfermedad segura o probablemente incurable, que dejan perjudicada para siempre cualquier función orgánica y que a consecuencia de ella resulta incapacidad permanente para trabajar.

iv) El 21 de mayo de 1999 la visitadora adjunta responsable del expediente de queja levantó un acta circunstanciada en la que dio fe de que el licenciado Gerardo Torres Aguilar, jefe de Quejas Médicas del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, le informó que el Hospital General Tacuba no contaba con el servicio de cuidados intensivos pediátricos.

II. EVIDENCIAS

En este caso las constituyen:

1. El escrito de queja presentado ante la Comisión Nacional de Derechos Humanos por la señora Elizabeth Ramírez Zúñiga, el 24 de julio de 1998.
2. La copia de los oficios 21396 y 23062, del 5 y 24 de agosto de 1998, mediante los cuales esta Comisión Nacional de Derechos Humanos solicitó a la doctora María del Carmen Madrazo Navarro, Coordinadora General de Atención al Derechohabiente del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, un informe detallado sobre los actos constitutivos de la queja, así como una copia del expediente clínico del menor José Luis Ramírez Camacho.
3. El oficio CGAD/5358/98, del 31 de agosto de 1998, suscrito por la doctora María del Carmen Madrazo Navarro, Coordinadora General de Atención al Derechohabiente del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, por medio del cual se dio respuesta a la solicitud de informe formulada por este Organismo Nacional.
4. La copia del expediente clínico del menor José Luis Ramírez Camacho, remitido por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
5. El dictamen médico del 18 de noviembre de 1998, emitido por la Unidad de Servicios Periciales de la Comisión Nacional de Derechos Humanos.
6. El acta circunstanciada del 21 de mayo de 1999, en la que se hizo constar que el licenciado Gerardo Torres Aguilar, jefe de Quejas Médicas del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, informó a un visitador adjunto de esta Comisión Nacional de Derechos Humanos que el Hospital General Tacuba no cuenta con el servicio de cuidados intensivos pediátricos.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

El 23 de julio de 1998, en este Organismo Nacional de Derechos Humanos se recibió el escrito de queja de la señora Elizabeth Ramírez Zúñiga, mediante el cual refirió violaciones a los Derechos Humanos cometidas en afectación del niño José Luis Ramírez Camacho, por la negligencia médica en que incurrió personal del Hospital General Tacuba del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, en la ciudad de México, y que provocó daños en la salud de dicho menor.

De las actuaciones que llevó a cabo esta Comisión Nacional de Derechos Humanos, de la información que remitió el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, que incluyó el expediente clínico del agraviado, así como del dictamen emitido por la Unidad de Servicios Periciales de este Organismo Nacional de Derechos Humanos, se concluye que, efectivamente, existió una inadecuada prestación del servicio público ofrecido por dependencias del Sector Salud, por causa de negligencia médica atribuida a servidores públicos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, situación que causó daños severos en la salud del menor José Luis Ramírez Camacho.

IV. OBSERVACIONES

a) Del análisis y estudio de los hechos y de las evidencias mencionadas, esta Comisión Nacional concluye que servidores públicos del Hospital General Tacuba del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado incurrieron en violaciones a los Derechos Humanos cometidas en afectación del niño José Luis Ramírez Camacho por la inadecuada prestación del servicio público de salud, y por negligencia médica, de la que resultaron graves daños en la salud del menor.

i) En efecto, este Organismo Nacional evidenció que al niño José Luis Ramírez Camacho se le practicaría el 7 de julio de 1998 en el nosocomio citado una intervención quirúrgica de adenoamigdalectomía, en la que participaron, como médico anesthesiologo, el doctor Alejandro Sánchez, y el doctor Gerardo Montiel, quien valoró y programó la intervención en cita.

En el presente caso y conforme al dictamen emitido por la Unidad de Servicios Periciales de esta Comisión Nacional se detectaron irregularidades en el procedimiento anestésico a que fue sometido el niño José Luis Ramírez Camacho, porque el anesthesiologo Alejandro Sánchez ignoraba el tipo de intervención en la que actuaba, ya que menciona en sus notas que se trataba de una intervención para extracción de las amígdalas (amigdalectomía), y el médico cirujano en todo momento consignó que se trataba de una intervención para extracción de adenoides y de amígdalas (adenoamigdalectomía), lo que significa que el anesthesiologo no estaba enterado de qué intervención iba a efectuarse.

ii) Es de apuntar que el citado anesthesiologo omitió llenar la hoja de registro anestésico (en la que se escriben las secuencias de todas las mediciones de las funciones vitales, los procedimientos y medicamentos utilizados) hecho que, como establecieron peritos de este Organismo Nacional, resulta de vital importancia, toda vez que la precisión del diagnóstico clínico de la anestesia depende de la calidad y suficiencia de las observaciones anotadas en dicho registro. Así, la omisión de no efectuar la nota en mención resulta violatoria del artículo 3 de la norma técnica 52 de la Secretaría de Salud, relativa a la elaboración, integración y uso del expediente clínico, así como del artículo 58 del Reglamento de Servicios Médicos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, que establecen:

Artículo 3. El expediente clínico es el conjunto de documentos en que se identifica al usuario y se registran el estado clínico, los estudios de laboratorio y gabinete, los diagnósticos y el tratamiento que se le proporciona, así como la evolución de su padecimiento. Es de carácter legal, confidencial y propiedad de la Institución.

[...]

Artículo 58. A todo paciente internado en el servicio de hospitalización se le abrirá expediente clínico, que se integrará de acuerdo con los lineamientos sectoriales establecidos. La evolución deberá ser registrada mediante las notas necesarias, incluyendo las órdenes médicas sucesivas. Para el egreso de cada paciente se requerirá la elaboración de los documentos respectivos.

Para verificar el cumplimiento de las obligaciones a que se refiere el presente artículo se practicarán evaluaciones periódicas y las auditorias pertinentes.

La falta de apertura y, en su caso, de integración del expediente clínico, así como su mal uso, serán motivo de la aplicación de las sanciones correspondientes.

iii) Cabe señalar que el citado anestesiólogo no “monitorizó” la tensión arterial del niño, lo que le impidió detectar las alteraciones fisiológicas que presentaba, situación que, aunada a la omisión de no establecer el medicamento utilizado en la anestesia, el tiempo que lo suministró, el momento en que comenzaron los problemas que llevaron al paro al paciente y la duración del mismo, permite concluir que no se percató en qué momento el niño afectado cayó en paro cardiorrespiratorio. Las irregularidades descritas llevaron al paciente a un largo periodo de deficiente oxigenación encefálica, lo que causó la afectación de neuronas con secuelas severas.

En síntesis, el doctor Alejandro Sánchez no llevó a cabo una valoración completa e integral antes y durante el acto anestésico, descuidando al paciente durante el inicio de la intervención quirúrgica, permitiendo con ello que la situación se agravara irreparablemente.

Cabe precisar que el médico anestesiólogo responsable consignó en su nota médica del 19 de julio de 1998 que al percatarse de que el menor no reaccionaba a su manejo médico solicitó el apoyo de los servicios de enfermería, terapia intensiva y anestesiología, lo que evidenció su actuación ineficaz. Anotó también que después de suministrar al paciente varias dosis de atropina, al llegar los galenos de terapia intensiva suministraron al menor dos dosis de adrenalina, con lo que el niño reaccionó y salió del paro casi de inmediato (tres a cuatro minutos); sin embargo, no refirió la duración de dicho paro. Al respecto, los peritos de este Organismo Nacional concluyeron que por el estado clínico del paciente el paro cardiorrespiratorio que sufrió fue prolongado y tuvo como consecuencia el daño neurológico citado anteriormente.

En relación con lo anterior, peritos de este Organismo Nacional encontraron una contradicción importante en el expediente clínico analizado, consistente en el hecho de que el anestesiólogo citado no consignó en su nota del 7 de julio de 1998 (día en que sería intervenido el agraviado) el tipo de anestesia que utilizó, aunque señaló que el inductor de anestesia se suministró a “tres volúmenes por ciento” y, posteriormente, en su nota del 19 de julio de 1998 (12 días después del suceso) anotó que el fármaco utilizado fue el halotano.

En caso de que haya empleado, como lo anotó el doctor Alejandro Sánchez, el halotano (gas usado para anestesia) en la inducción de la anestesia del agraviado, y aplicado a tres volúmenes por ciento en forma inmediata, se pudieron haber agudizado los efectos a nivel cardiorrespiratorio __tal como lo establecieron los peritos de este Organismo Nacional__, ocasionando una depresión importante que llevó al menor, a sufrir el paro respiratorio.

Por otra parte, las evidencias recabadas, particularmente el expediente clínico del menor José Luis Ramírez Camacho y el dictamen médico de la Unidad de Servicios Periciales de esta Comisión Nacional, acreditan que el médico otorrinolaringólogo Gerardo Montiel no efectuó una historia clínica completa, una exploración física adecuada de su paciente y además no realizó una adecuada semiología (descripción adecuada de los signos y síntomas), con lo que se evidencia que no justificó la indicación de llevar a cabo la intervención quirúrgica de José Luis Ramírez Camacho, dado lo cual se establece también

que existió negligencia e impericia en la actuación de dicho servidor público, toda vez que si hubiera actuado con el cuidado necesario, con un alto grado de probabilidad, pudo haberse evitado la operación programada y con esto el evento anestésico que causó daños al menor.

iv) Así, quedó demostrado que los médicos que participaron en los hechos motivo de la queja, en especial Alejandro Sánchez, adscrito al servicio de anestesiología del Hospital General Tacuba del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, violaron con su conducta irregular el derecho a la protección de la salud del niño Ramírez Camacho, como lo señala el artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1; 2, fracción V; 23; 32; 33, y 51, de la Ley General de Salud; su derecho a obtener atención médica adecuada y oportuna, artículos 9; 18; 19, fracción I, y 48, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica; y, además, su derecho a que se le proporcione un eficaz y diligente servicio público de salud, artículo 47, fracción I, de la Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos, y 192 de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios de los Trabajadores del Estado, al respecto, los artículos invocados establecen lo siguiente:

Artículo 4o. [...]

Toda persona tiene derecho a la protección de la 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:

[...]

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, y

III. De rehabilitación, que incluyen acciones tendentes a corregir las invalideces físicas o mentales.

[...]

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.

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

[...]

Artículo 18. Los establecimientos en los que se presten servicios de atención médica deberán contar con un responsable, mismo que deberá tener título, certificado o diploma, que, según el caso, haga constar los conocimientos respectivos en el área de que se trate.

Artículo 19. Corresponde a los responsables a que hace mención el artículo anterior llevar a cabo las siguientes funciones.

I. Establecer y vigilar el desarrollo de procedimientos para asegurar la oportuna y eficiente prestación de los servicios que el establecimiento ofrezca, así como para el cabal cumplimiento de la ley y las demás disposiciones aplicables.

[...]

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

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

Artículo 192. Los servidores públicos del Instituto estarán sujetos a las responsabilidades civiles, administrativas y penales en que pudieran incurrir, de acuerdo con las disposiciones legales aplicables.

Asimismo, la conducta irregular de los médicos involucrados violó lo dispuesto por las declaraciones y tratados internacionales firmados por México en materia de derecho a la protección de la salud, que en los artículos correspondientes establecen lo siguiente:

__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.

__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, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

__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.

__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 a 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.

v) De igual forma, esta Comisión Nacional de Derechos Humanos considera que, en su caso, existe responsabilidad institucional del Hospital General Tacuba del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, por no contar con una unidad de cuidados intensivos pediátricos, ya que el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica establece, en su artículo 70, que:

Artículo 70. Los hospitales se clasificarán atendiendo a su grado de complejidad y poder de resolución en:

I. Hospital General: es el establecimiento de segundo o tercer nivel para la atención de pacientes, en las cuatro especialidades básicas de la medicina: cirugía general, ginecoobstetricia, medicina interna, pediatría y otras especialidades complementarias y de apoyo derivadas de las mismas, que prestan servicios de urgencias, consulta externa y hospitalización...

En el artículo 72 de la misma Ley se establece que: “Se entiende por urgencia todo problema médico-quirúrgico agudo que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y que requiera atención inmediata”.

Al respecto, de acuerdo con lo que establecen los artículos invocados, esta Comisión Nacional afirma que al no contar con el servicio de cuidados intensivos pediátricos, el Hospital General Tacuba del ISSSTE atiende en forma ineficaz e inadecuada a su población derechohabiente, por lo que en la medida de las posibilidades institucionales y para que no se repitan casos como el que hoy se resuelve (en el que se tuvo la necesidad de que el agraviado fuese transferido al Hospital Regional “Adolfo López Mateos”) deberán llevarse a cabo los trámites necesarios para que se instale en dicho hospital la unidad de cuidados intensivos pediátricos.

vi) Aunado a lo anterior, este Organismo Nacional concluye que los servidores públicos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Alejandro Sánchez y Gerardo Montiel, no protegieron debidamente los derechos del niño José Luis Ramírez Camacho, consagrados en el artículo 24, incisos 1 y 2, de la Convención sobre los Derechos del Niño, ratificada por México el 10 de agosto de 1990 y publicada en el Diario Oficial de la Federación el 25 de enero de 1991, que a la letra establecen:

Artículo 24. [...]

1. Los Estados partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios.

2. Los Estados partes asegurarán la plena aplicación de este derecho y, en particular, adoptarán las medidas adecuadas para:

a) Reducir la mortalidad infantil y en la niñez;

b) Asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de la salud.

vii) De tal guisa que, conforme a los dispositivos que se transcriben en párrafos posteriores, 77 bis de la Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos y 44 de la Ley de la Comisión Nacional de Derechos Humanos, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado debe realizar los trámites necesarios para que se preste la debida atención y rehabilitación médica al niño José Luis Ramírez Camacho, toda vez que, como quedó acreditado, los graves daños que sufrió en su salud tuvieron origen en la conducta irregular de los doctores Gerardo Montiel y Alejandro Sánchez. En apoyo de lo anterior es oportuno transcribir lo señalado por los artículos 23, incisos 1 y 2; 25, y 26, inciso 1, de la Convención referida anteriormente:

Artículo 23.1. Los Estados partes reconocen que el niño mental o físicamente impedido deberá disfrutar de una vida plena y decente en condiciones que aseguren su dignidad, le permitan llegar a bastarse a sí mismo y faciliten la participación activa del niño en la comunidad.

2. Los Estados partes reconocen el derecho del niño impedido a recibir cuidados especiales y alentarán y asegurarán, con sujeción a los recursos disponibles, la prestación al niño que reúna las condiciones requeridas y a los responsables de su cuidado de la asistencia que se solicite y que sea adecuada al estado del niño y a las circunstancias de sus padres o de otras personas que cuiden de él.

[...]

Artículo 25. Los Estados partes reconocen el derecho del niño que ha sido internado en un establecimiento por las autoridades competentes para los fines de atención, protección o tratamiento de su salud física o mental a un examen periódico del tratamiento a que esté sometido y de todas las demás circunstancias propias de su internación.

Artículo 26.1. Los Estados partes reconocerán a todos los niños el derecho a beneficiarse de la seguridad social, incluso del seguro social, y adoptarán las medidas necesarias para lograr la plena realización de este derecho de conformidad con su legislación nacional.

viii) Por otra parte, los médicos Gerardo Montiel y Alejandro Sánchez que atendieron al niño José Luis Ramírez Camacho pudieron haber incurrido en responsabilidad profesional, por la impericia y negligencia con que fue tratado el problema del menor, al actualizarse las hipótesis normativas contenidas en los artículos 60 y 228 del Código Penal para el Distrito Federal en Materia de Fuero Común y para Toda la República en Materia de Fuero Federal, que señalan:

Artículo 60. En los casos de delitos culposos se impondrá hasta la cuarta parte de las penas y medidas de seguridad asignadas por la ley al tipo básico del delito doloso, con excepción de aquellos para los que la ley señale una pena específica. Además, se impondrá, en su

caso, suspensión hasta de 10 años, o privación definitiva de derechos para ejercer profesión, oficio, autorización, licencia o permiso.

[...]

Artículo 228. Los profesionistas, artistas o técnicos y sus auxiliares serán responsables de los delitos que cometan en el ejercicio de su profesión, en los términos siguientes y sin perjuicio de las prevenciones contenidas en la Ley General de Salud o en otras normas sobre ejercicio profesional, en su caso:

I. Además de las sanciones fijadas para los delitos que resulten consumados, según sean dolosos o culposos, se les aplicará suspensión de un mes a dos años en el ejercicio de la profesión o definitiva en caso de reincidencia, y

II. Estarán obligados a la reparación del daño por sus actos propios y por los de sus auxiliares, cuando éstos obren de acuerdo con las instrucciones de aquéllos.

ix) En razón de lo señalado, este Organismo Nacional estima que en el caso resulta procedente otorgar una indemnización por reparación del daño causado a los familiares del niño José Luis Ramírez Camacho, por la deficiente actuación de los médicos Gerardo Montiel y Alejandro Sánchez, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 1915, 1916 y 1927 del Código Civil para el Distrito Federal en Materia Común y para Toda la República en Materia Federal, así como lo establecido en el artículo 44, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de Derechos Humanos, que señalan:

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

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

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

Las anteriores disposiciones se observarán en el caso del artículo 2647 de este Código.

Artículo 1916. Por daño moral se entiende la afectación que una persona sufre en sus sentimientos, afecto, creencias, decoro, honor, reputación, vida privada, configuración y aspectos físicos o bien en la consideración que de sí misma tienen los demás. Se presumirá que hubo daño moral cuando se vulnere o menoscabe ilegítimamente la libertad o la integridad física o psíquica de las personas.

Cuando un hecho u omisión ilícitos produzcan un daño moral, el responsable del mismo tendrá la obligación de repararlo mediante una indemnización en dinero, con independencia de que se haya causado daño material, tanto en responsabilidad contractual como extracontractual. Igual obligación de reparar el daño moral tendrá quien incurra en responsabilidad objetiva conforme al artículo 1913, así como el Estado y sus servidores públicos, conforme a los artículos 1927 y 1928, todos ellos del presente Código.

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

El monto de la indemnización lo determinará el juez tomando en cuenta los derechos lesionados, el grado de responsabilidad, la situación económica del responsable y de la víctima, así como las demás circunstancias del caso.

Cuando el daño moral haya afectado a la víctima en su decoro, honor, reputación o consideración, el juez ordenará a petición de ésta y con cargo al responsable, la publicación de un extracto de la sentencia que refleje adecuadamente la naturaleza y alcance de la misma, a través de los medios informativos que considere convenientes. En los casos en que el daño derive de un acto que haya tenido difusión en los medios informativos, el juez ordenará que los mismos den publicidad al extracto de la sentencia, con la misma relevancia que hubiere tenido la difusión original.

[...]

Artículo 1927. El Estado tiene obligación de responder del pago de los daños y perjuicios causados por sus servidores públicos con motivo del ejercicio de las atribuciones que les estén encomendadas. Esta responsabilidad será solidaria tratándose de actos ilícitos dolosos, y subsidiaria en los demás casos, en los que sólo podrá hacerse efectiva en contra del Estado cuando el servidor público directamente responsable no tenga bienes o los que tenga no sean suficientes para responder de los daños y perjuicios causado por sus servidores públicos.

[...]

Artículo 44. [...]

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

x) Asimismo, el artículo 77 bis de la Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos, señala:

Artículo 77 bis. Cuando en el procedimiento administrativo disciplinario se haya determinado la responsabilidad del servidor público y que la falta administrativa haya causado daños y perjuicios a particulares, éstos podrán acudir a las dependencias, entidades o a la Secretaría de la Contraloría y Desarrollo Administrativo para que ellas directamente reconozcan la responsabilidad de indemnizar la reparación del daño en cantidad líquida y,

en consecuencia, ordenar el pago correspondiente, sin necesidad de que los particulares acudan a la instancia judicial o a cualquier otra.

El Estado podrá repetir de los servidores públicos el pago de la indemnización hecha a los particulares.

Si el órgano del Estado niega la indemnización, o si el monto no satisface al reclamante, se tendrán expeditas, a su elección, la vía administrativa o judicial.

Cuando se haya aceptado una Recomendación de la Comisión Nacional de Derechos Humanos en la que se proponga la reparación de daños y perjuicios, la autoridad competente se limitará a su determinación en cantidad líquida y la orden de pago respectiva.

Es menester mencionar que este Organismo Nacional de Derechos Humanos, de conformidad con su Ley y Reglamento, no se pronuncia respecto a la cuantificación de la reparación del daño propuesta, ya que dicha circunstancia no es de su competencia.

Por lo antes expuesto, este Organismo Nacional considera que se violaron los derechos sociales de ejercicio individual del niño José Luis Ramírez Camacho, por la inadecuada prestación del servicio público de salud por causa de la negligencia médica en que incurrieron servidores públicos del Hospital General Tacuba del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

En consecuencia, esta Comisión Nacional de Derechos Humanos se permite formular respetuosamente a usted, señor Delegado Zona Poniente del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado en el Distrito Federal, las siguientes:

V. RECOMENDACIONES

PRIMERA. Se sirva dictar sus instrucciones a quien corresponda a efecto de que conforme al artículo 64 de la Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos se inicie y determine un procedimiento administrativo de investigación al otorrinolaringólogo y al anestesiólogo adscritos al Hospital General Tacuba del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado en el Distrito Federal, por la responsabilidad en que hubieren incurrido en la atención médica que brindaron al niño José Luis Ramírez Camacho, y, de ser el caso, se les apliquen las sanciones que procedan. Si del mismo resultan conductas delictuosas, se dé vista al agente del Ministerio Público para los efectos de su competencia.

SEGUNDA. Se instruya a quien corresponda para que, de acuerdo con las posibilidades institucionales, se establezca en el Hospital General Tacuba el servicio de cuidados intensivos pediátricos.

TERCERA. Se sirva instruir a quien corresponda para que se lleven a cabo los trámites necesarios para que el niño José Luis Ramírez Camacho reciba la atención y rehabilitación médica que requiere, durante el tiempo necesario, debido a las secuelas cerebrales que le fueron provocadas por la intervención negligente de los servidores públicos mencionados.

CUARTA. De conformidad con lo dispuesto por los artículos 1915 y 1927 del Código Civil para el Distrito Federal en Materia Común y para Toda la República en Materia Federal, así como 44, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de Derechos Humanos, y 77 bis de la Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos, instruya a quien corresponda para que se tramite el pago de la indemnización que conforme a Derecho proceda, en favor del niño José Luis Ramírez Camacho.

La presente Recomendación, de acuerdo con lo señalado 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 conductas irregulares de servidores públicos en el ejercicio de las facultades que expresamente les confiere la ley como de obtener la investigación que proceda por parte de las dependencias administrativas o cualesquiera otras autoridades competentes para que, dentro de sus atribuciones, apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad cometida.

Las Recomendaciones de la Comisión Nacional de Derechos Humanos no pretenden, en modo alguno, desacreditar a las instituciones ni constituyen una afrenta o agravio a las mismas o a sus titulares sino que, por el contrario, deben ser vistas como un instrumento indispensable en las sociedades democráticas y los Estados de Derecho para lograr su fortalecimiento a través de la legitimidad que con su cumplimiento adquieren autoridades y servidores públicos ante la sociedad. Dicha legitimidad se fortalecerá de manera progresiva cada vez que se logre 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, segundo párrafo, de la Ley de la Comisión Nacional de Derechos Humanos, solicito a usted que la respuesta sobre la aceptación de esta Recomendación, en su caso, nos sea remitida dentro del término de 15 días hábiles siguientes a esta notificación.

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

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

Atentamente

El Presidente de la Comisión Nacional