



# Comisión Nacional de los Derechos Humanos México

## SÍNTESIS

1. El 10 de diciembre de 2010, V1, hombre de 65 años de edad, con antecedentes de diabetes mellitus, acudió a consulta con AR1, médico adscrito al Servicio de Oftalmología del Hospital Regional “General Ignacio Zaragoza” del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), toda vez que presentó problemas de visibilidad, quien lo diagnosticó con un cuadro clínico de glaucoma en el ojo derecho, indicándole como plan de manejo la colocación de una válvula de Ahmed.
2. El 8 de febrero de 2011, AR1 le colocó a V1 una válvula en el ojo derecho; después de la operación, V1 presentó dolor de cabeza intenso, así como lagrimeo constante, secreción purulenta, fétida y sanguinolenta, situación que lo motivó a acudir nuevamente al citado hospital, donde fue atendido en diversas ocasiones por AR1, quien le recetó varios medicamentos, pero sin que le produjeran mejoría alguna; posteriormente, AR1, según lo señaló la víctima, le insertó varias agujas en el área lesionada, pero el dolor y la hinchazón en el ojo afectado sólo aumentaron.
3. Debido a que el estado de salud de V1 evolucionó hacia el deterioro, el 7 de marzo de 2011 acudió al Hospital Regional “General Ignacio Zaragoza” del ISSSTE, donde fue atendido por otro médico que optó por practicarle al siguiente día una cirugía correctiva para extirparle la retina y retirarle la válvula para controlar que la infección que ya presentaba se diseminara, situación que tuvo como consecuencia que V1 perdiera el ojo derecho.
4. Por lo anterior, el 14 de marzo de 2011, Q1 presentó una queja ante la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, la cual, por razones de competencia, en la misma fecha se remitió a este Organismo Nacional; asimismo, el día 24 del mes y año citados, V1 presentó una ampliación de queja, radicándose con el expediente CNDH/1/2011/2834/Q.

## Observaciones

5. Del análisis lógico-jurídico realizado al conjunto de evidencias que integraron el expediente CNDH/1/ 2011/2834/Q, este Organismo Nacional contó con elementos que permitieron acreditar violaciones al derecho a la protección de la salud en agravio de V1, atribuibles a personal médico del Hospital Regional “General Ignacio Zaragoza” del ISSSTE, en atención a las siguientes consideraciones:
6. El 28 de mayo de 2009, V1 fue diagnosticado con un cuadro clínico de retinopatía diabética proliferativa bilateral, microangiopatía que afecta arteriolas, capilares y vénulas de la retina, dando lugar paulatina, progresiva e irremediablemente a alteraciones circulatorias, produciendo hipoxia en la retina y

creando nuevos vasos en un intento por aumentar la perfusión en las áreas mal irrigadas y hemovítreo de ojo izquierdo; por ello, el 1 de agosto de ese año fue sometido a una vitrectomía, además de que se le practicó una fotocoagulación con láser en ambos ojos, ello con la finalidad de estabilizarle la presión intraocular y disminuir la progresividad de su padecimiento.

**7.** Posteriormente, V1 desarrolló glaucoma neovascular en el ojo derecho, complicación secundaria a la retinopatía diabética proliferativa, padecimiento consistente en hipertensión intraocular severa debido a la formación de nuevos vasos que obstruyen los canales de drenaje del humor acuoso, lo cual genera una inflamación en la córnea y deteriora la visión, indicándose como su plan de manejo durante los meses de marzo a septiembre de 2010 suministrarle diversos fármacos.

**8.** El 10 de diciembre de 2010, V1 acudió a consulta con AR1, médico adscrito al Servicio de Oftalmología del Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza", quien le programó la colocación de una válvula de Ahmed, la cual es un dispositivo que se utiliza cuando el glaucoma neovascular es refractario al tratamiento farmacológico; dicho dispositivo está formado por un tubo de drenaje de silicona de 25 mm y un cuerpo-reservorio de polipropileno; además de que tiene un sistema valvular tipo Venturí con una membrana de silicona que se encarga de autorregular el flujo del humor acuoso, todo ello con la finalidad de reducir la hipertensión intraocular.

**9.** El 17 de enero de 2011, V1 fue valorado nuevamente, reportándose que a su exploración física se encontró que su ojo derecho no percibía la luz y presentaba hipertensión intraocular de 70 mm/Hg; asimismo, se indicó que su ojo izquierdo tenía disminución de la agudeza visual de 20/140, con presión intraocular de 4, además de rubeosis en esfínter papilar.

**10.** En opinión del perito médico-forense de esta Comisión Nacional, el personal médico que valoró a V1, el 10 de diciembre de 2010, así como el 17 de enero de 2011, omitió realizar un adecuado historial clínico de la víctima; además de que no se solicitó la determinación de glicemia, situación que era obligatoria por los antecedentes de diabetes mellitus que padecía; asimismo, no se evaluó el nervio óptico a través de una oftalmoscopia, circunstancia que era necesaria en razón de que el estado del nervio óptico es esencial para determinar el manejo de la hipertensión ocular y el glaucoma.

**11.** Aunado a lo anterior, el citado personal médico no registró los medicamentos que fueron indicados a V1, ni precisó la frecuencia en la que tendría que usarlos, además de que no requirió que se le practicara a la víctima un ultrasonido o tomografía; así las cosas y sin un adecuado protocolo de estudio, el 8 de febrero de 2011, AR1 intervino quirúrgicamente a V1 y le colocó una válvula de Ahmed en el ojo derecho, reportando que el procedimiento se realizó sin incidentes o accidentes.

**12.** AR1 omitió prescribir a V1 antimicrobianos tópicos, circunstancia a la que se encontraba obligado, toda vez que la profilaxis antibiótica postoperatoria disminuye el riesgo de la instalación de un proceso infeccioso ocular o al menos debió haberle solicitado una determinación de glicemia.

**13.** El 10 de febrero de 2011, V1 fue valorado por AR1, quien de acuerdo con lo señalado en la hoja de evolución que realizó, encontró a la víctima postoperada de colocación de válvula Ahmed, con hifema al 100 % y coágulo formado, indicando como plan de manejo algunos antiglaucomatosos como el timol, dorzolamida, brimonidina y acetazolamida, a fin de controlar la hipertensión ocular y acudir a consulta, sin embargo, en opinión del perito médico-forense de este Organismo Nacional, el citado servidor público omitió realizar una adecuada y completa exploración oftalmológica, evaluar el estado de la válvula, tomar la presión arterial y solicitar ultrasonido y/o tomografía ocular.

**14.** Lo anterior debió realizarse así, ya que si bien es cierto que el hifema obedeció a la ruptura de la neovascularización del iris al momento de haberle sido colocada la válvula de Ahmed a V1, también es cierto que un hifema al 100 %, después de una cirugía ocular, es indicativo para establecer un protocolo de estudio que ayude a determinar con exactitud el origen del sangrado; asimismo, AR1 omitió indicar como plan de manejo la prescripción de antibióticos tópicos y sistémicos, lo cual era obligatorio, en razón de que la víctima tenía sangre acumulada, la cual era un excelente medio de cultivo bacteriano; además, ni siquiera le indicó a V1 que tenía que acudir frecuentemente para su valoración médica, ni le solicitó una glicemia, e incluso omitió advertirlo sobre el hecho de que en caso de que presentara dolor, enrojecimiento o disminución en la visión acudiera inmediatamente.

**15.** El 17 de febrero de 2011, AR1 nuevamente valoró a V1, observando que el ojo derecho no percibía la luz, así como la presencia de hifema total, señalando que no pudo valorar el fondo del ojo y que la víctima presentaba una presión ocular de 36 mm/Hg, cuando lo normal es de hasta 21 mm/Hg, indicando como plan de manejo la ingesta de varios fármacos para controlar la presión intraocular, así como antiinflamatorios y antibióticos, sin embargo, el citado servidor público omitió realizarle a la víctima una adecuada exploración física, así como tomarle la presión arterial, evaluar el estado de la válvula, solicitar ultrasonido y/o tomografía oftálmicos urgentes para documentar el origen del sangrado, así como brindarle un tratamiento oportuno, recomendarle su hospitalización a fin de que fuera monitoreado adecuadamente de la presión intraocular, de la tensión ocular y del hifema; ello aunado a que no le prescribió la ingesta de antibióticos de amplio espectro tópicos y sistémicos.

**16.** Lo anterior debió realizarse así, ya que el médico tratante tenía criterios para tomar esas medidas, tales como la colección sanguínea, que al degradarse es un excelente medio de cultivo que fácilmente se coloniza por gérmenes patógenos, además de que la diabetes mellitus por sí sola causa inmunopatía permanente con

alteraciones en los leucocitos, provocando la susceptibilidad del paciente a la infección.

**17.** El 4 de marzo de 2011, de acuerdo con la hoja de evolución realizada por personal adscrito al Servicio de Oftalmología del Hospital Regional “General Ignacio Zaragoza”, V1 presentó dolor intenso en el ojo, precisando que no se le había reabsorbido el hifema, por lo que persistía la presión elevada y el dolor; indicándose como plan de manejo la alcoholización del nervio óptico.

**18.** Al respecto, el perito médico-forense de esta Comisión Nacional señaló que el médico tratante omitió realizarle a V1 un adecuado interrogatorio, una exploración del ojo, tomarle la presión intraocular y la presión arterial, revisar si no se encontraba obstruida la válvula de Ahmed, que pudiera estar condicionando la elevación de la presión intraocular, así como solicitar que se le practicara un ultrasonido y/o tomografía oftálmicos urgentes y hospitalizarlo.

**19.** Asimismo, se observó que el médico tratante alcoholizó el nervio óptico para matar la sensibilidad y por tanto el dolor, situación que no fue adecuada, toda vez que la sintomatología que V1 presentó se debía, en primer lugar, a la hipertensión intraocular provocada por la sangre largamente acumulada dentro del ojo y, en segundo lugar, por la endoftalmitis con la cual cursaba, complicación severa, grave e irreversible que no fue diagnosticada adecuada y oportunamente por el médico, evidenciando el desconocimiento de ese tipo de padecimientos.

**20.** Es importante precisar que la alcoholización del nervio óptico causa un daño mayor e irreversible del tejido nervioso altamente especializado del ojo, e influye directamente en la pérdida total y prematura de la visión; asimismo, el citado médico omitió cubrir con un adecuado esquema antimicrobiano a V1, solicitar una glicemia, citarlo a valoración diaria, alertarlo sobre cuidados y más síntomas de alarma que pudiera presentar en el ojo.

**21.** No obstante lo anterior, en el presente caso fue hasta el 7 de marzo de 2011, según se desprendió de una nota médica elaborada en esa fecha por un médico adscrito al Servicio de Oftalmología del Hospital Regional “General Ignacio Zaragoza”, cuando se indicó que V1 debía quedar hospitalizado, toda vez que su ojo derecho tenía blefaroedema, esto es, edema severo en los párpados, abundante secreción purulenta, quemosis, edema e hiperemia conjuntival severas, hifema, fibrina e hipopión, es decir, sangre y pus en la cámara anterior del ojo.

**22.** Los hallazgos clínicos que se le encontraron a V1 permitieron integrar el diagnóstico de endoftalmitis con celulitis orbitaria derecha, y se indicó como plan de manejo impregnación de antibióticos y evisceración del ojo derecho, esto es, un procedimiento para vaciar el globo ocular, conservando la esclera, para luego replegarla, de modo que quedara como un muñón; ello, a fin de evitar diseminación del proceso infeccioso.

**23.** Al respecto, el perito médico de esta Comisión Nacional señaló que si bien es cierto que la retinopatía diabética proliferativa y glaucoma son la principal causa de ceguera en los pacientes diabéticos, también lo es que precisamente por dicha comorbilidad en el caso de V1, AR1 debió extremar precauciones brindándole un adecuado seguimiento, tratamiento y vigilancia estrecha, circunstancias que no ocurrieron.

**24.** En ese contexto, se confirmó la existencia de la responsabilidad institucional sobre la base de la relación causa-efecto, debido a las omisiones de AR1, médico adscrito al Servicio de Oftalmología del Hospital Regional “General Ignacio Zaragoza” del ISSSTE, tales como la falta de una adecuada exploración clínica, protocolo de estudio, cobertura antimicrobiana, seguimiento y vigilancia estrecha posterior a la colocación de la válvula de Ahmed, así como haberle prescrito un tratamiento inadecuado para el hifema que condicionaba y favorecía la persistencia de la hipertensión intraocular, lo que implicó que el estado de salud de la víctima se deteriora a grado tal que se le tuvo que practicar una evisceración del ojo derecho.

**25.** Por lo anterior, AR1, médico adscrito al Servicio de Oftalmología del Hospital Regional “General Ignacio Zaragoza” del ISSSTE, vulneró en agravio de V1 el derecho a la protección de la salud.

### **Recomendaciones**

**PRIMERA.** Se tomen las medidas necesarias para reparar el daño causado a V1, entre ellas, la colocación de una prótesis definitiva o, en su caso, asumir los gastos erogados por la víctima relativos a la prótesis que temporalmente tiene colocada y proporcionarle atención psicológica.

**SEGUNDA.** Se diseñen e impartan cursos integrales de capacitación y formación en materia de Derechos Humanos, así como del conocimiento, manejo y observancia de las Normas Oficiales Mexicanas en materia de salud, y se envíen a esta Comisión Nacional los indicadores de gestión y evaluación que se apliquen al personal capacitado.

**TERCERA.** Se emita una circular dirigida al personal médico del Hospital Regional “General Ignacio Zaragoza” del ISSSTE, en la que se les exhorte a entregar copia de la certificación y recertificación que tramiten ante los Consejos de Especialidades Médicas.

**CUARTA.** Se giren instrucciones para que los servidores públicos del Hospital Regional “General Ignacio Zaragoza” del ISSSTE adopten medidas efectivas de prevención que permitan garantizar que los expedientes clínicos que generen con motivo de la atención médica que brindan se encuentren debidamente integrados.

**QUINTA.** Se colabore con este Organismo Nacional en la presentación de la queja que se promueva ante el Órgano Interno de Control en el ISSSTE.

**SEXTA.** Se colabore en las investigaciones derivadas de la denuncia que con motivo de los hechos presente la Comisión Nacional ante la Procuraduría General de la República.

#### **RECOMENDACIÓN No. 2/2012**

#### **SOBRE EL CASO DE INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA EN EL HOSPITAL REGIONAL “GENERAL IGNACIO ZARAGOZA” DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO, EN AGRAVIO DE V1.**

México, D.F., a 27 de enero de 2012.

**LIC. SERGIO HIDALGO MONROY PORTILLO  
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS  
SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO**

Distinguido señor director general:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1, párrafos primero, segundo y tercero, 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 3, párrafo primero; 6, fracciones I, II y III; 15, fracción VII; 24, fracciones II y IV; 42, 44, 46 y 51, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; así como 128, 129, 130, 131, 132, 133 y 136, de su reglamento interno, ha examinado los elementos contenidos en el expediente CNDH/1/2011/2834/Q, relacionados con el caso de V1.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales sean divulgados, se omitirá

su publicidad, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 4, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 147 de su reglamento interno. Dicha información se pondrá en conocimiento de la autoridad recomendada a través de un listado adjunto en el que se describe el significado de las claves utilizadas, con el compromiso de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes y visto los siguientes:

## **I. HECHOS**

**3.** El 10 de diciembre de 2010, V1, hombre de 65 años de edad, con antecedentes de diabetes mellitus de veintidós años de evolución, acudió a consulta con AR1, médico adscrito al servicio de Oftalmología del Hospital Regional “General Ignacio Zaragoza” del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), toda vez que presentó problemas de visibilidad, quien lo diagnosticó con un cuadro clínico de glaucoma en el ojo derecho, indicándole como plan de manejo la colocación de una válvula de Ahmed, a fin de regular la presión intraocular y como consecuencia una mejoría en la visión ocular.

**4.** Así las cosas, AR1, médico adscrito al servicio de Oftalmología del Hospital Regional “General Ignacio Zaragoza” del ISSSTE, le indicó a V1 que él podría venderle la válvula a un costo de \$7,000 (Siete mil pesos), y que en caso de que se la adquiriera, le podría adelantar la fecha de la intervención quirúrgica, situación a la cual la víctima accedió; por ello, posteriormente, V1 dio la cantidad de dinero solicitada al médico, y le requirió que le entregara una nota o factura a fin de que estuviera en posibilidad de acceder a un reembolso de los gastos en el lugar en el que trabajaba, sin que ello sucediera.

**5.** El 8 de febrero de 2011, V1 fue sometido a una intervención quirúrgica por parte de AR1, quien le colocó una válvula en el ojo derecho sin que éste le permitiera ver dicha válvula y constatar si estaba nueva y esterilizada; además, según el dicho de la víctima, a la mitad de la cirugía, el citado servidor público decidió retirarse dejándolo a cargo a otro personal que se encontraba presente, sin precisarle las indicaciones post operatorias de los cuidados que debía tener.

**6.** Después de la operación, V1 presentó dolor de cabeza intenso, así como lagrimeo constante, secreción purulenta, fétida y sanguinolenta, situación que lo motivó a acudir nuevamente al Hospital Regional “General Ignacio Zaragoza” del ISSSTE, donde fue atendido en diversas ocasiones por AR1, quien le recetó varios medicamentos, pero sin que le produjeran mejoría alguna; posteriormente, AR1, según lo señaló la víctima, le insertó varias agujas en el área lesionada sin explicarle los beneficios o perjuicios de dicho procedimiento, pero el dolor y la hinchazón en el ojo afectado solo aumentaron.

**7.** Debido a que el estado de salud de V1 evolucionó hacia el deterioro, el 7 de marzo de 2011 acudió al Hospital Regional “General Ignacio Zaragoza” del ISSSTE, donde fue atendido por otro médico adscrito al servicio de Oftalmología,

ya que AR1, médico adscrito al servicio de Oftalmología de ese Hospital Regional, estaba de incapacidad; personal que optó por practicarle al siguiente día una cirugía correctiva para extirparle la retina y retirarle la válvula que AR1 le había colocado anteriormente; este procedimiento, con fin de controlar que la infección que ya presentaba para ese momento se diseminara, situación que tuvo como consecuencia que V1 perdiera el ojo derecho.

**8.** Por lo anterior, el 14 de marzo de 2011, Q1 presentó queja ante la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, la cual por razones de competencia, en la misma fecha se remitió a este organismo nacional; asimismo, el 24 de ese mes y año, V1 presentó ampliación de queja, radicándose con el número de expediente CNDH/1/2011/2834/Q, solicitándose los informes correspondientes al director general del ISSSTE, así como copia del expediente clínico de la víctima.

## **II. EVIDENCIAS**

**9.** Escrito de queja presentado por Q1, el 14 de marzo de 2011, ante la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, la cual fue remitida a este organismo nacional en esa misma fecha.

**10.** Ampliación de queja formulada por V1, ante esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos el 24 de marzo de 2011.

**11.** Informe enviado a este organismo nacional por el subdirector de Atención al Derechohabiente del ISSSTE, a través del oficio No. SG/SAD/3513/11, de 1 de junio de 2011, al que anexó diversas constancias, así como copia del expediente clínico de V1, de las que destacaron:

**a.** Hoja de evolución de V1, elaborada el 10 de diciembre de 2010 por AR1, médico adscrito al servicio de Oftalmología del Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza", del ISSSTE, en la que se precisó como diagnóstico de la víctima glaucoma neovascular absoluto de ojo derecho.

**b.** Nota médica de V1, elaborada el 17 de enero de 2011 por AR1, médico adscrito al servicio de Oftalmología del Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza" del ISSSTE, en la que reportó que el ojo derecho de la víctima, no percibía luz, además de que tenía hipertensión intraocular de 70 mm Hg.

**c.** Carta de consentimiento informado de 24 de enero de 2011, firmada por V1, en la que se especificó como su diagnóstico principal glaucoma; indicando como procedimiento médico-quirúrgico propuesto, colocación de una válvula de Ahmed.

**d.** Nota preanestésica de 8 de febrero de 2011, en la que personal de dicho servicio señaló la valoración, registro, conducción y recuperación de V1; indicándose como riesgo quirúrgico ASA II, indicativo de paciente con

enfermedad leve controlada no incapacitante, laboratoriales preoperatorios dentro de parámetros normales y sin contraindicaciones para realizar la cirugía.

**e.** Hoja de operaciones de V1, realizada el 8 de febrero de 2011 por AR1, médico adscrito al servicio de Oftalmología del Hospital Regional “General Ignacio Zaragoza” del ISSSTE, refiriendo que la colocación de la válvula se realizó sin complicaciones.

**f.** Hoja de egreso hospitalario de V1, elaborada el 8 de febrero de 2011, en la que no se precisaron los datos del personal médico que la elaboró, indicando como plan de manejo no hacer esfuerzos, no retirar el parche en 24 horas, y no tener cambios bruscos de temperatura, así como acudir a consulta externa al siguiente día con AR1, médico adscrito al servicio de Oftalmología del Hospital Regional “General Ignacio Zaragoza” del ISSSTE.

**g.** Nota de evolución de V1, realizada el 10 de febrero de 2011, donde se indicó como plan de manejo la administración de diversos medicamentos para el control de la hipertensión intraocular, en la que no se precisaron los datos del personal que la elaboró.

**h.** Nota médica de V1, de 17 de febrero de 2011, elaborada por AR1, médico adscrito al servicio de Oftalmología del Hospital Regional “General Ignacio Zaragoza” del ISSSTE.

**i.** Hoja de evolución de V1 de 4 de marzo de 2011, en la que no constaron los datos del médico tratante, pero precisó que a la víctima se le realizó alcoholización del nervio óptico.

**j.** Nota médica de V1 elaborada el 7 de marzo de 2011, en la que no se especificaron los datos del personal que la emitió y en la que se precisó que el ojo derecho de víctima tenía blefaroedema, así como córnea transparente con secreción abundante y purulenta, quemosis, hifema, así como fibrina e hipopión.

**k.** Hoja de evolución de V1 de 7 de marzo de 2011, suscrita por un médico adscrito al servicio de Oftalmología del Hospital Regional “General Ignacio Zaragoza” del ISSSTE, donde se determinó ingresar a la víctima para su internamiento, toda vez que presentaba una infección grave y era necesario realizarle un procedimiento para evitar su diseminación, indicando la imposibilidad de recuperar la visibilidad óptica.

**l.** Hoja de evolución de V1, realizada el 8 de marzo de 2011 por un médico adscrito al servicio de Oftalmología del Hospital Regional “General Ignacio Zaragoza”, del ISSSTE, en la que detalló que se le practicó una

evisceración del ojo derecho, teniendo como hallazgo tejido fibrinoide en cavidad.

**m.** Hoja de egreso hospitalario de V1, de 10 de marzo de 2011, suscrita por un médico adscrito al servicio de Oftalmología del Hospital Regional “General Ignacio Zaragoza” del ISSSTE.

**n.** Informes de 4, 9 y 20 de mayo de 2011, suscritos por AR1 y por otro médico tratante de V1, adscritos al servicio de Oftalmología del Hospital Regional “General Ignacio Zaragoza”, del ISSSTE, en la que precisaron la atención médica que brindaron a V1.

**12.** Informe enviado a este organismo nacional a través del oficio No. SG/SAD/JSCDQR/5432/11, de 13 de octubre de 2011, suscrito por el jefe de Servicios de Conciliación y Dictaminación de Quejas y Reembolsos del ISSSTE, a través del cual informó que el Comité de Quejas Médicas de ese Instituto, en la sesión extraordinaria 12/11 de 15 de agosto de 2011, emitió una opinión médica declarando que no existió deficiencia por parte del servicio de Oftalmología del Hospital Regional “General Ignacio Zaragoza”.

**13.** Opinión médica emitida el 9 de diciembre de 2011, por un perito médico forense de esta Comisión Nacional, en la que se establecieron las consideraciones técnicas sobre la atención médica proporcionada a V1, en el Hospital Regional “General Ignacio Zaragoza” del ISSSTE.

### **III. SITUACIÓN JURÍDICA**

**14.** El 8 de febrero de 2011, AR1, médico adscrito al servicio de Oftalmología del Hospital Regional “General Ignacio Zaragoza” del ISSSTE, omitiendo realizar los estudios adecuados, le colocó a V1 una válvula de Amhed en el ojo derecho; asimismo, el 10 y 17 de febrero de 2011, V1 acudió a consulta con el citado servidor público, quien omitió prescribirle antimicrobianos, evaluar el estado de la válvula, realizarle una exploración oftalmológica, tomarle la presión arterial, así como ordenar su hospitalización; en atención a que para ese momento, la víctima presentaba hifema al 100%, es decir, presencia de sangre en el interior de la cámara anterior del ojo.

**15.** Además, el 4 de marzo de 2011, AR1, médico adscrito al servicio de Oftalmología del Hospital Regional “General Ignacio Zaragoza” del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, alcoholizó el nervio óptico de V1, procedimiento que causó un daño mayor e irreversible al tejido nervioso del ojo; ahora bien, toda vez que el estado de salud de V1 evolucionó hacia el deterioro, el 8 del citado mes y año fue diagnosticado con un cuadro clínico de endoftalmitis con celulitis orbitaria derecha, por lo que otro médico del citado hospital tuvo que practicarle una evisceración del ojo derecho, es decir, un vaciamiento del globo ocular.

**16.** Al respecto, el 15 de agosto de 2011, el Comité de Quejas Médicas del ISSSTE, en su sesión extraordinaria 12/11, emitió una opinión médica dirigida a la Subdirección de Atención al Derechohabiente de ese Instituto, determinando que no existió deficiencia por parte del servicio de Oftalmología del Hospital Regional “General Ignacio Zaragoza”.

#### **IV. OBSERVACIONES**

**17.** Del análisis lógico jurídico realizado al conjunto de evidencias que integraron el expediente CNDH/1/2011/2834/Q, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, este organismo nacional contó con elementos que permitieron acreditar violaciones al derecho a la protección de la salud en agravio de V1, atribuibles a personal médico del Hospital Regional “General Ignacio Zaragoza” del ISSSTE, en atención a las siguientes consideraciones:

**18.** El 28 de mayo de 2009, V1, portador de diabetes mellitus, fue diagnosticado con un cuadro clínico de retinopatía diabética proliferativa bilateral (microangiopatía que afecta arteriolas, capilares y vénulas de la retina, dando lugar paulatina, progresiva e irremediablemente a alteraciones circulatorias, produciendo hipoxia en la retina y creando nuevos vasos en un intento por aumentar la perfusión en las áreas mal irrigadas y hemovítreo de ojo izquierdo; por ello, el 1 de agosto de ese año fue sometido a una vitrectomía, es decir a una técnica quirúrgica para eliminarle el hemovítreo mediante aspiración, además, de que se le practicó una fotocoagulación con láser en ambos ojos, ello con la finalidad de estabilizarle la presión intraocular y disminuir la progresividad de su padecimiento.

**19.** Posteriormente, V1 desarrolló glaucoma neovascular en el ojo derecho, complicación secundaria a la retinopatía diabética proliferativa, padecimiento consistente en hipertensión intraocular severa debido a la formación de nuevos vasos que obstruyen los canales de drenaje del humor acuoso, lo cual genera una inflamación en la córnea y deteriora la visión rápidamente, padecimiento de muy difícil tratamiento y mal pronóstico para la visión, indicándose como su plan de manejo durante los meses de marzo a septiembre de 2010 suministrarle diversos fármacos para controlar la presión intraocular.

**20.** Así las cosas, el 10 de diciembre de 2010, V1 acudió a consulta con AR1, médico adscrito al servicio de Oftalmología del Hospital Regional “General Ignacio Zaragoza”, quien a su exploración física, además de encontrarlo con los antecedentes ya citados, agregó que la víctima presentó la siguiente sintomatología: ojo izquierdo con presión intraocular normal y agudeza visual disminuida de 20/60, 20/40, cuando lo normal es de 20/20; ojo derecho con agudeza visual limitada, solo perceptible a la luz; hipertensión intraocular de 60 mm/Hg, cuando lo normal es de hasta 21 mm/Hg; integrando como diagnóstico glaucoma neovascular absoluto de ojo derecho, cataratas en ambos ojos y

rubeosis iridis, es decir, con: hipertensión intraocular; opacidad de cristalino; formación de nuevos vasos sanguíneos en el iris del ojo; y membrana concéntrica.

**21.** Por lo anterior, AR1, médico adscrito al servicio de Oftalmología del Hospital Regional “General Ignacio Zaragoza”, programó la colocación de una válvula de Ahmed a V1, la cual es un dispositivo que se utiliza cuando el glaucoma neovascular es refractario al tratamiento farmacológico; dicho dispositivo está formado por un tubo de drenaje de silicona de 25 mm y un cuerpo-reservorio de polipropileno; además, de que tiene un sistema valvular tipo Venturí con una membrana de silicona que se encarga de auto regular el flujo del humor acuoso, todo ello con la finalidad de reducir la hipertensión intraocular.

**22.** El 17 de enero de 2011, V1 fue valorado nuevamente, reportándose que a su exploración física se encontró que su ojo derecho no percibía la luz y presentaba hipertensión intraocular de 70 mm/Hg; asimismo, se indicó que su ojo izquierdo tenía disminución de la agudeza visual de 20/140, con presión intraocular de 4, además de rubeosis en esfínter papilar, precisándose en la nota médica que se solicitó “FAG” (sic).

**23.** En opinión del perito médico forense de esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos que conoció del asunto, el personal médico que valoró a V1, el 10 de diciembre de 2010, así como el 17 de enero de 2011, omitió realizar un adecuado historial clínico de la víctima, toda vez que no se registraron sus signos vitales, principalmente la tensión arterial; además de que no se solicitó la determinación de glicemia, situación que era obligatoria por los antecedentes de diabetes mellitus que la víctima padecía; asimismo, no se evaluó el nervio óptico a través de una oftalmoscopia, circunstancia que era necesaria en razón de que el estado del nervio óptico es esencial para determinar el manejo de la hipertensión ocular y el glaucoma.

**24.** Aunado a lo anterior, el citado personal médico del Hospital Regional “General Ignacio Zaragoza” del ISSSTE, no registró los medicamentos que fueron indicados a V1, ni precisó la frecuencia en la que tendría que usarlos; además de que no requirió que se le practicara a la víctima un ultrasonido o tomografía, tal y como lo señala la Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y Tratamiento del Paciente Adulto con Glaucoma de Ángulo Abierto, Evidencias y Recomendaciones del Consejo de Salubridad General.

**25.** Así las cosas y sin un adecuado protocolo de estudio, el 8 de febrero de 2011, AR1, médico adscrito al servicio de Oftalmología, del Hospital Regional “General Ignacio Zaragoza”, intervino quirúrgicamente a V1, bajo anestesia general, previa valoración por parte del servicio de Anestesia, que lo reportó con riesgo quirúrgico ASA II; en este contexto, el citado médico, le colocó a la víctima una válvula de Ahmed en el ojo derecho, reportando que el procedimiento se realizó sin incidentes o accidentes.

**26.** AR1 indicó como plan de manejo postoperatorio, no retirar el parche en 24 horas, no someterse a cambios bruscos de temperatura, y acudir a consulta externa para su seguimiento; sin embargo, AR1, omitió prescribir a V1, antimicrobianos tópicos, circunstancia a la que se encontraba obligado, toda vez que la profilaxis antibiótica postoperatoria disminuye el riesgo de la instalación de un proceso infeccioso ocular o al menos debió haberle solicitado una determinación de glicemia.

**27.** El 10 de febrero de 2011, V1 fue valorado por AR1, médico adscrito al servicio de Oftalmología del Hospital Regional “General Ignacio Zaragoza” del ISSSTE, quien de acuerdo a lo señalado en la hoja de evolución que realizó, encontró a la víctima post operada de colocación de válvula Ahmed, con hifema al 100% y coágulo formado, indicando como plan de manejo algunos antiglaucomatosos como el timol, dorzolamida, brimonidina y acetazolamida, a fin de controlar la hipertensión ocular y acudir a consulta; sin embargo, en opinión del perito médico forense de este organismo nacional, el citado servidor público omitió realizar una adecuada y completa exploración oftalmológica, evaluar el estado de la válvula, tomar la presión arterial, solicitar ultrasonido y/o tomografía ocular.

**28.** Lo anterior debió realizarse así, ya que si bien es cierto que el hifema obedeció a la ruptura de la neovascularización del iris al momento de haberle sido colocada la válvula de Ahmed a V1, también es cierto que un hifema al 100%, después de una cirugía ocular es indicativo para establecer un protocolo de estudio que ayude a determinar con exactitud el origen del sangrado; asimismo, en opinión del perito médico forense de esta Comisión Nacional, AR1, médico adscrito al servicio de Oftalmología del Hospital Regional “General Ignacio Zaragoza” del ISSSTE, omitió indicar como plan de manejo la prescripción de antibióticos tópicos y sistémicos, lo cual era obligatorio, en razón de que la víctima tenía sangre acumulada la cual era un excelente medio de cultivo bacteriano.

**29.** Además, AR1, ni siquiera le indicó a V1 que tenía que acudir frecuentemente para su valoración médica, ni le solicitó una glicemia, e incluso omitió advertirlo sobre el hecho de que en caso de que presentara dolor, enrojecimiento o disminución en la visión acudiera inmediatamente para brindarle atención médica.

**30.** Así las cosas, el 17 de febrero de 2011, según se desprendió de la nota médica de esa fecha, AR1, médico adscrito al servicio de Oftalmología del Hospital Regional “General Ignacio Zaragoza” del ISSSTE, nuevamente valoró a V1, observando que el ojo derecho no percibía la luz así como la presencia de hifema total, señalando que no pudo valorar el fondo de ojo y que la víctima presentaba una presión ocular de 36 mm/Hg, cuando lo normal es de hasta 21 mm/Hg; indicando como plan de manejo la ingesta de varios fármacos para controlar la presión intraocular, así como antiinflamatorios y antibióticos; sin embargo, el citado servidor público omitió realizarle a la víctima una adecuada exploración física, así como tomarle la presión arterial, evaluar el estado de la válvula, solicitar ultrasonido y/o tomografía oftálmicos urgentes para documentar el

origen del sangrado, así como brindarle un tratamiento oportuno, recomendarle su hospitalización a fin de que fuera monitoreado adecuadamente de la presión intraocular, tensión ocular y del hifema; ello aunado a que no le prescribió la ingesta de antibióticos de amplio espectro tópicos y sistémicos.

**31.** Lo anterior debió realizarse así, ya que el médico tratante tenía criterios para tomar esas medidas, tales como la colección sanguínea, que al degradarse es un excelente medio de cultivo que fácilmente se coloniza por gérmenes patógenos, además de que la diabetes mellitus por sí sola causa inmunopatía permanente con alteraciones en los leucocitos, glóbulos blancos que combaten las infecciones o cuerpos extraños, provocando la susceptibilidad del paciente a la infección, por lo cual los diabéticos toleran poco las infecciones, lo que a su vez afecta adversamente al control de la diabetes, descompensando la respuesta del huésped a la infección.

**32.** El 4 de marzo de 2011, de acuerdo a la hoja de evolución realizada por personal adscrito al servicio de Oftalmología del Hospital Regional “General Ignacio Zaragoza”, V1 presentó dolor intenso en el ojo, precisando que no se le había reabsorbido el hifema, por lo que persistía la presión elevada y el dolor; indicándose como plan de manejo la alcoholización del nervio óptico, procedimiento que consiste en infiltrar de alcohol el nervio, supuestamente aplicado por el médico tratante con la intención de matar la sensibilidad del nervio óptico y por lo tanto el dolor.

**33.** Al respecto, el perito médico forense de esta Comisión Nacional señaló que el médico tratante nuevamente omitió realizarle a V1 un adecuado interrogatorio, una exploración del ojo, tomarle la presión intraocular y la presión arterial, revisar si no se encontraba obstruida la válvula de Ahmed, que pudiera estar condicionando la elevación de la presión intraocular, así como solicitar que se le practicara un ultrasonido y/o tomografía oftálmicos urgentes y hospitalizar al paciente.

**34.** Asimismo, se observó que el médico tratante, según su nota médica, alcoholizó el nervio óptico para matar la sensibilidad y por tanto el dolor, situación que no fue adecuada, toda vez que la sintomatología que V1 presentó, se debía, en primer lugar, a la hipertensión intraocular provocada por la sangre largamente acumulada dentro del ojo y, en segundo lugar, por la endoftalmitis con la cual cursaba, complicación severa, grave e irreversible que no fue diagnosticada adecuada y oportunamente por el médico, evidenciando el desconocimiento de ese tipo de padecimientos graves.

**35.** Es importante precisar, que la alcoholización del nervio óptico causa un daño mayor e irreversible del tejido nervioso altamente especializado del ojo e influye directamente en la pérdida total y prematura de la visión; asimismo, el citado médico omitió cubrir con un adecuado esquema antimicrobiano a V1, solicitar una glicemia, citarlo a valoración diaria, alertarlo sobre cuidados y más síntomas de alarma que pudiera presentar en el ojo.

**36.** En este contexto, el perito de esta Comisión Nacional en su opinión precisó que la endoftalmitis, de acuerdo a la Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico, Tratamiento y Pronóstico de la Endoftalmitis Post Quirúrgicas, es una infección intraocular asociada a la disminución de la agudeza visual que puede ocurrir durante las seis semanas siguientes a una cirugía ocular, sin embargo dicho límite de tiempo es arbitrario, debido a que la sintomatología se puede ver influida por innumerables factores, tales como la inmunosupresión y la diabetes mellitus, indicando que los cultivos de humor acuoso y vítreo son fundamentales para el diagnóstico microbiológico.

**37.** Por ello, dada la complejidad de la endoftalmitis, es necesario evaluar al paciente manteniendo un adecuado control glicémico y metabólico, realizar una historia clínica completa para detectar la coexistencia de inmunosupresión e iniciar un tratamiento apropiado, esperando la solución o control del padecimiento para la cirugía programada, y en el caso del paciente con antecedentes de cirugía ocular reciente se recomienda buscar intencionadamente en las primeras dos semanas después de una cirugía, datos de dolor, disminución de la agudeza visual, lagrimeo, hiperemia conjuntival, inyección ciliar, fotofobia, miodesopsias, quemosis conjuntival, edema corneal, hipopión (pus en la cámara anterior del ojo), abscesos, pérdida del reflejo del fondo de ojo; además, en caso de opacidad de medios que impidan observar el fondo del ojo, debe realizarse una valoración ultrasonográfica del globo ocular.

**38.** Resulta de suma importancia, el diagnóstico precoz y la rápida instauración del tratamiento en razón de que ello determina el pronóstico visual; por eso, ante la sospecha de los signos mencionados o de una endoftalmitis se debió iniciar tratamiento a base de antibióticos intravítreos, usando al menos dos de amplio espectro, cuya eficacia in vitro contra el 100% de bacterias gram negativas está comprobada, así como antiinflamatorios intravítreos; asimismo, se debió realizar una vigilancia estrecha, y en el caso de pacientes diabéticos como V1, no aplicarles esteroides debido a que los mismos les están contraindicados; además, de que es recomendable hospitalizar al paciente, realizar cultivos y una vitrectomía.

**39.** No obstante lo anterior, en el presente caso fue hasta el 7 de marzo de 2011, según se desprende de una nota médica elaborada en esa fecha por un médico adscrito al servicio de Oftalmología del Hospital Regional “General Ignacio Zaragoza”, cuando se indicó que V1 debía quedar hospitalizado, toda vez que su ojo derecho tenía blefaroedema, esto es edema severo en los párpados, abundante secreción purulenta, quemosis, edema e hiperemia conjuntival severas, hifema, fibrina e hipopión, es decir sangre y pus en la cámara anterior del ojo.

**40.** Los hallazgos clínicos que se le encontraron a V1, permitieron integrar el diagnóstico de endoftalmitis con celulitis orbitaria derecha, y se indicó como plan de manejo, impregnación de antibióticos y evisceración del ojo derecho, esto es, un procedimiento para vaciar el globo ocular, conservando la esclera, para luego

replegarla, de modo que quedara como un muñón; ello, a fin de evitar diseminación del proceso infeccioso, decisión que se tomó debido a que para ese momento el estado de salud visual de la víctima era grave y ya no tenía posibilidad de recuperar la visión.

**41.** Así las cosas, el 8 de marzo de 2011 un médico adscrito al servicio de Oftalmología del Hospital Regional “General Ignacio Zaragoza” realizó la evisceración del ojo derecho de V1, teniendo como hallazgo quirúrgico, tejido fibrinoide en cavidad; además, se observó que la víctima cursó el posquirúrgico sin complicaciones, con una evolución favorable y que se estaba adaptando al conformador ocular; finalmente el 10 de ese mes y año, V1 egresó del citado nosocomio, indicándose como plan de manejo no ocluir el ojo, aplicarse antiinflamatorio y colirio antibiótico y, que acudiera a consulta externa al servicio de Oftalmología para continuar con su seguimiento.

**42.** Ahora bien, a través del oficio No. SG/SAD/3513/11, de 1 de junio de 2011, suscrito por el subdirector de Atención al Derechohabiente del ISSSTE, se remitió a este organismo nacional un informe médico suscrito por AR1, médico adscrito al servicio de Oftalmología del Hospital Regional “General Ignacio Zaragoza” de ese Instituto, en el que se señaló que el caso de V1 se trataba de un paciente diabético, con complicaciones crónicas secundarias a esa patología, precisando que efectivamente se le había brindado atención médica en el citado hospital desde el 2009; añadió que la víctima fue diagnosticada con hemovitreo en ojo izquierdo y retinopatía diabética proliferativa bilateral, por lo que fue intervenido quirúrgicamente y que cursó la misma con una buena evolución.

**43.** Sin embargo, V1 posteriormente presentó un proceso inflamatorio crónico que evolucionó a glaucoma neovascular en el ojo derecho, con disminución de la visión; situación que motivó a que AR1, médico adscrito al servicio de Oftalmología del Hospital Regional “General Ignacio Zaragoza” del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, lo atendiera por primera vez en el mes de diciembre del 2011, otorgándole tratamiento sin que respondiera favorablemente, por lo que el 8 de febrero de 2011 decidió colocarle un implante de válvula de Amhed; añadió que después de la operación V1 presentó un sangrado proveniente de los neovasos del iris, sangrado en forma de coágulo que llenó la cámara anterior e impidió el funcionamiento de la válvula al obstruir el tubo de la misma, por lo que el 4 de marzo de 2011 le practicó una alcoholización de nervio óptico para anular la función sensitiva y eliminar el dolor.

**44.** Al respecto, el perito médico de esta Comisión Nacional señaló que si bien es cierto, la retinopatía diabética proliferativa y glaucoma son la principal causa de ceguera en los pacientes diabéticos, también lo es que precisamente por dicha comorbilidad en el caso de V1, AR1, médico adscrito al Hospital Regional “General Ignacio Zaragoza” del ISSSTE, debió extremar precauciones brindándole un adecuado seguimiento, tratamiento y vigilancia estrecha, circunstancias que no ocurrieron.

**45.** En ese contexto, se confirmó la existencia de la responsabilidad institucional sobre la base de la relación causa-efecto, debido a las omisiones de AR1, médico adscrito al servicio de Oftalmología del Hospital Regional “General Ignacio Zaragoza” del ISSSTE, tales como la falta de una adecuada exploración clínica, protocolo de estudio, cobertura antimicrobiana, seguimiento y vigilancia estrecha posterior a la colocación de la válvula de Ahmed; así como, haberle prescrito un tratamiento inadecuado para el hifema que condicionaba y favorecía la persistencia de la hipertensión intraocular, lo que implicó que el estado de salud de la víctima se deteriora a grado tal que se le tuvo que practicar una evisceración del ojo derecho.

**46.** Asimismo, se observó que AR1, médico adscrito al Hospital Regional “General Ignacio Zaragoza” del ISSSTE, inadecuadamente le practicó a V1 una alcoholización del nervio óptico, además de que no le diagnosticó oportunamente la endoftalmitis, circunstancias que provocaron que tuviera secuelas en su estado de salud visual, así como estéticas, que mermaron su relación con el medio que le rodea, condicionándolo a desajustes emocionales y problemas de adaptación, aunado a que el único manejo para su actual estado de salud visual, es la colocación de una prótesis estética permanente en el ojo derecho.

**47.** Por lo anterior, AR1, médico adscrito al servicio de Oftalmología del Hospital Regional “General Ignacio Zaragoza” del ISSSTE, vulneró en agravio de V1 el derecho a la protección de la salud, contenido en los artículos 4, párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 2, fracciones I y II; 23, 27, fracciones II y III; 32, 33 fracciones I, II y III, 51, de la Ley General de Salud; 4, 8, fracciones I, II y III, 9, 21 y 48, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, así como 27 y 29, de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

**48.** Igualmente, el servidor público señalado en el párrafo anterior no observó las disposiciones relacionadas con el derecho a la protección de la salud, previstas en los instrumentos jurídicos internacionales celebrados por el Ejecutivo Federal y aprobados por el Senado de la República, que constituyen norma vigente en nuestro país y que deben ser tomados en cuenta para la interpretación de las normas relativas a los derechos humanos, favoreciendo en todo tiempo a las personas la protección más amplia, de acuerdo con lo dispuesto por los artículos 1, párrafos primero, segundo y tercero, y 133 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

**49.** En este sentido, los numerales XI, de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; 25.1, de la Declaración Universal de los Derechos Humanos; 12.1 y 12.2, inciso d), del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; así como 10.1, 10.2, inciso a) y d), del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que en síntesis ratifican

el contenido del precepto constitucional, señalando la necesidad de asegurar la plena efectividad y alcance del más alto nivel de salud para todos los individuos y establecen el margen mínimo de calidad en los servicios médicos que el Estado debe proporcionar a su población, en cuanto al disfrute de un servicio médico de calidad, y de adoptar para ello las medidas necesarias para la plena efectividad de ese derecho.

**50.** De la misma manera, AR1 médico adscrito al servicio de Oftalmología del Hospital Regional “General Ignacio Zaragoza” del ISSSTE, incurrió en un probable incumplimiento de las obligaciones contenidas en el artículo 8, fracciones I y XXIV, de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, que prevén la obligación de los servidores públicos de cumplir con el servicio encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause su suspensión o deficiencia, o implique el incumplimiento de cualquier disposición legal, reglamentaria o administrativa relacionada con el servicio público, atendiendo a los principios de responsabilidad, ética profesional, excelencia, honradez, lealtad, imparcialidad, eficiencia, calidez y calidad en la prestación de los servicios.

**51.** Ahora bien, es preciso reconocer que la protección de la salud es un derecho humano indispensable para el ejercicio de otros derechos, que debe ser entendido como la posibilidad de las personas a disfrutar de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar su más alto nivel.

**52.** Al respecto, esta Comisión Nacional emitió la recomendación general número 15, sobre el Derecho a la Protección de la Salud, de fecha 23 de abril de 2009, en la que se afirmó que el derecho a la protección de la salud debe entenderse como la prerrogativa de exigir al Estado un sistema capaz de proteger y velar por el restablecimiento de la salud, y que el desempeño de los servidores públicos de las instituciones es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se preste, y la efectividad de tal derecho demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad, accesibilidad (física, económica y acceso a la información), aceptabilidad y calidad.

**53.** Es importante mencionar que una de las finalidades del derecho a la protección de la salud, reconocido en la Constitución General de la República, es que el Estado satisfaga eficaz y oportunamente las necesidades de los usuarios que acuden a los centros de salud públicos, protegiendo, promoviendo y restaurando la salud de las personas. En el presente asunto, AR1, médico adscrito al servicio de Oftalmología del Hospital Regional “General Ignacio Zaragoza” del ISSSTE, que atendió a V1, debió realizar una adecuada valoración y diagnóstico oportuno, que le hubiera permitido proporcionarle la atención médica que requería, con la calidad y calidez que deben imperar en la prestación de dicho servicio público, situación que de acuerdo con las consideraciones expuestas no se llevó a cabo.

**54.** Por otra parte, para esta Comisión Nacional no pasó desapercibido que algunas de las notas médicas del expediente clínico generado en el Hospital Regional “General Ignacio Zaragoza” del ISSSTE, con motivo de la atención médica proporcionada a V1, no contuvieron nombre completo, cargo, rango, matrícula, especialidad y firma de quien las elaboró, además de que algunas resultaron escuetas e ilegibles o no se registraron los medicamentos indicados, su frecuencia y uso apropiado, omisiones que se tradujeron en un incumplimiento a la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del Expediente Clínico.

**55.** Lo detallado en el párrafo anterior, ha sido una constante preocupación de esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos manifestada en las recomendaciones 01/2011, 09/2011, 21/2011, 24/2011, 39/2011 y 76/2011, emitidas el 21 de enero, 18 de marzo, 4 y 13 de mayo, 30 de junio y 9 de diciembre de 2011, respectivamente; en las que se ha señalado, la omisión en la que incurre el personal médico cuando las notas médicas se encuentran incompletas, son breves e ilegibles, presentan exceso de abreviaturas, el nombre de los médicos tratantes es ilegible, no se precisan ni sus firmas, cargos, rangos, matrículas y especialidades, no obstante que esos documentos están orientados a dejar constancia de los antecedentes.

**56.** De la misma forma, en la sentencia del caso “Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”, de 22 de noviembre de 2007, la Corte Interamericana de Derechos Humanos determinó, en el numeral 68, la relevancia del expediente médico adecuadamente integrado como instrumento guía para el tratamiento médico y fuente razonable de conocimiento acerca de la situación del enfermo, las medidas adoptadas para controlarla y, en su caso, las consecuentes responsabilidades.

**57.** La falta de expediente o la deficiente integración de éste, así como la ausencia de normas que regulen esta materia al amparo de normas éticas y reglas de buena práctica, constituyen omisiones que deben ser analizadas y valoradas, en atención a sus consecuencias para establecer la posible existencia de responsabilidades de diversa naturaleza. Pronunciamiento que resulta de observancia obligatoria para el Estado mexicano, de conformidad con los numerales 1, 2 y 3, de la Declaración para el Reconocimiento de la Competencia Contenciosa de la Corte Interamericana de Derechos Humanos.

**58.** Finalmente, debe precisarse que si bien es cierto que una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño derivado de la responsabilidad profesional consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente, también lo es que el sistema no jurisdiccional de protección de Derechos Humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1, párrafo tercero, y 113, segundo párrafo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 44, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, así como 1, 2, y 9, de la Ley Federal de Responsabilidad Patrimonial del Estado, prevén la posibilidad de que al acreditarse una violación a los derechos humanos atribuible a un servidor público

del Estado, la recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan para lograr la efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación de los daños y perjuicios que se hubieran ocasionado, para lo cual el Estado deberá investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos que establezca la ley.

**59.** De igual forma, con fundamento en los artículos 1, párrafos primero, segundo y tercero, 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6, fracción III; 71, párrafo segundo, y 72, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, existieron elementos de convicción suficientes para que la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, en ejercicio de sus atribuciones, presente queja ante el Órgano Interno de Control en el ISSSTE, además de formularse la denuncia de hechos respectiva ante el agente del Ministerio Público de la Federación en contra del médico tratante que intervino en los hechos que se consignan en el presente caso.

**60.** En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos se permite formular respetuosamente a usted, señor director del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, las siguientes:

## **V. RECOMENDACIONES**

**PRIMERA.** Instruya a quien corresponda, a efecto de que se tomen las medidas necesarias para reparar el daño causado a V1, entre ellas, la colocación de una prótesis definitiva o en su caso, asumir los gastos erogados por la víctima relativos a la prótesis que temporalmente tiene colocada, con motivo de la responsabilidad institucional en que incurrió AR1, médico oftalmólogo del Hospital Regional “General Ignacio Zaragoza” del ISSSTE; y, en caso de ser requerido, proporcionarle la atención psicológica apropiada durante el tiempo que sea necesario, enviando a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

**SEGUNDA.** Gire sus instrucciones para que en los hospitales de ese Instituto a su cargo, especialmente en el Hospital Regional “General Ignacio Zaragoza”, se diseñen e impartan cursos integrales de capacitación y formación en materia de derechos humanos, así como del conocimiento, manejo y observancia de las Normas Oficiales Mexicanas en materia de salud; esto con el objetivo de evitar omisiones como las que dieron origen al presente pronunciamiento, y envíe a esta Comisión Nacional los indicadores de gestión y evaluación que se apliquen al personal capacitado, y las demás constancias con las que se acredite su cumplimiento.

**TERCERA.** Gire sus instrucciones a quien corresponda, para que se emita una circular dirigida al personal médico del Hospital Regional “General Ignacio Zaragoza” del ISSSTE, en la que se les exhorte a entregar copia de la certificación

y recertificación que tramiten ante los Consejos de Especialidades Médicas con la finalidad de que acrediten tener la actualización, experiencia y conocimientos suficientes para mantener las habilidades necesarias que les permitan brindar un servicio médico adecuado y profesional.

**CUARTA.** Gire sus instrucciones para que los servidores públicos del Hospital Regional “General Ignacio Zaragoza” del ISSSTE, adopten medidas efectivas de prevención que permitan garantizar que los expedientes clínicos que generen con motivo de la atención médica que brindan se encuentren debidamente integrados, conforme a lo establecido en la legislación nacional e internacional, así como en las Normas Oficiales Mexicanas correspondientes y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

**QUINTA.** Se colabore ampliamente con este organismo nacional, en la presentación de la queja que se promueva ante el Órgano Interno de Control en el ISSSTE en contra del personal involucrado en los hechos de la presente recomendación, enviando a esta Comisión Nacional las constancias que le sean requeridas.

**SEXTA.** Se colabore debidamente en las investigaciones derivadas de la denuncia que con motivo de los hechos, presente la Comisión Nacional de los Derechos Humanos ante la Procuraduría General de la República por tratarse de servidores públicos federales los involucrados, y remita a este organismo nacional las constancias que le sean solicitadas.

**61.** 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 una conducta irregular cometida por servidores públicos en el ejercicio de las facultades que expresamente les confiere la ley, como de obtener, en términos de lo que establece el artículo 1, párrafo tercero constitucional, la investigación que proceda por parte de las dependencias administrativas o cualquiera otras autoridades competentes para que, dentro de sus atribuciones, apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.

**62.** De conformidad con el artículo 46, segundo párrafo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos le solicito a usted que la respuesta sobre la aceptación de esta recomendación, en su caso, sea informada dentro del término de quince días hábiles siguientes a su notificación.

**63.** Igualmente, con el mismo fundamento jurídico, se solicita 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 quince días hábiles siguientes a la fecha en que haya concluido el plazo para informar sobre la aceptación de la misma.

**64.** 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 los Derechos Humanos quedará en libertad de hacer pública, precisamente, esa circunstancia.

**EL PRESIDENTE**

**DR. RAÚL PLASCENCIA VILLANUEVA**