



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

RECOMENDACIÓN No. 8/2020

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD Y A LA VIDA DE V1, PERSONA MAYOR, ASÍ COMO AL ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD EN EL CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE” DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO, EN LA CIUDAD DE MÉXICO.

Ciudad de México, a 19 de mayo de 2020

**MTRO. LUIS ANTONIO RAMÍREZ PINEDA
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 1º, párrafos primero, segundo y tercero y 102, Apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º, 3º, primer párrafo, 6º, fracciones I, II y III, 15,



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

fracción VII, 24, fracciones II, y IV; 42, 44, 46 y 51 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y 128 a 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente **CNDH/1/2016/4909/Q**, relacionado con la queja presentada por V2.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales se divulguen, se omitirá su publicidad de conformidad con los artículos 4º, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y 78, párrafo primero, parte segunda, y 147 de su Reglamento Interno, y 68, fracción VI, y 116, párrafos primero, y segundo, de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, así como 3, 11 fracción VI, 16 y 113 fracción I, de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública; así como, 1, 6, 7, 16, 17 y 18 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados. La 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.

3. Para mejor comprensión del presente documento, las claves,



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

denominaciones y abreviaturas utilizadas para distintas personas involucradas en los hechos, son los siguientes:

Denominación	Clave
Víctima	V
Autoridad responsable	AR

4. En la presente Recomendación, la referencia a diversas instituciones, ordenamientos y normas oficiales mexicanas se hará con acrónimos o abreviaturas, a efecto de facilitar la lectura y evitar su constante repetición, las que podrán identificarse como sigue:

Denominaciones	Claves
Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.	CMN 20 de Noviembre
Comisión Nacional de Arbitraje Médico	CONAMED
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.	ISSSTE
Órgano Interno de Control en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.	OIC en el ISSSTE
Guía de Referencia Rápida Diagnóstico y Tratamiento del Adenocarcinoma Gástrico en Pacientes Adultos.	Guía para diagnóstico y tratamiento de cáncer gástrico.



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

Guía de Referencia Rápida Valoración Perioperatoria en Cirugía No Cardíaca en el Adulto. GPC Guía de Práctica Clínica.	Guía para valoración perioperatoria en cirugía no cardíaca en adulto
Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA3-2013 "Para la Organización y Funcionamiento de las Unidades de Cuidados Intensivos".	NOM-025-SSA3-2013
Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, "Del expediente clínico".	NOM-004-SSA3-2012
Reglamento de Servicios Médicos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.	Reglamento de Servicios Médicos del ISSSTE

I. HECHOS.

5. V1, persona del sexo **sexo, edad** de edad al momento de los hechos, contaba con los siguientes antecedentes médicos de importancia: **condición de salud**

, los cuales fueron atendidos con recuperación favorable.

¹ De acuerdo con la Guía de Práctica Clínica de Linfomas No Hodgkin en el Adulto, el Linfoma es el nombre general para un grupo de tipos de cáncer que afectan el sistema linfático. Los dos tipos principales de linfoma son el linfoma de Hodgkin y el linfoma no Hodgkin.



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

6. En marzo de 2014, personal médico del CMN 20 de Noviembre diagnosticó a V1 con cáncer gástrico confirmado por la panendoscopia, esto es, procedimiento médico en el cual se explora el esófago, estómago y duodeno.

7. El 2 de mayo de 2014, a V1 se le extirpó una parte del estómago (hemigastrectomía) y la otra se le unió con el intestino (gastroeyunoanastomosis), recuperándose favorablemente.

8. El 20 de mayo de 2015, personal médico del CMN 20 de Noviembre le informó a V1, *“recurrencia de la neoplasia maligna gástrica”*, esto es, que el cáncer nuevamente se había formado en zona gástrica.

9. El 22 y 23 de junio de 2015, AR1 (médico especialista en cirugía oncológica adscrito al CMN 20 de Noviembre) y diverso médico, confirmaron la recurrencia del cáncer gástrico a V1, programándolo el 26 de ese mismo mes y año para que se le realizara una gastrectomía total, esto es, extirparle el estómago por completo.

10. El 25 de junio de 2015, AR2 (médico especialista en cardiología adscrito al CMN 20 de Noviembre) confirmó el tumor maligno en el cuerpo del estómago de V1, asignándole riesgo quirúrgico bajo.



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

11. El 26 de junio de 2015, AR1 realizó a V1 laparotomía (cirugía que consiste en explorar la parte del abdomen para liberar tejido adherido exploradora con liberación de adherencias) esofagotomía (extracción de esófago), esplenectomía (extracción de bazo) y pancreatectomía (extracción de páncreas).

12. Posterior a la operación, los médicos especialistas en anestesiología, AR3 y AR4, recibieron a V1 en la sala de recuperación.

13. Ese mismo día, el 26 de junio de 2015, a las 19:30 horas, AR4 ordenó el alta de V1 a piso de oncología, sin indicación médica ni supervisión, catorce horas después de la cirugía, presentó infarto agudo al miocardio que lamentablemente derivó en la muerte, el [redacted] [redacted] horas.

14. El 9 de junio de 2016, V2 ([redacted] de V1) presentó queja ante esta Comisión Nacional, señalado toralmente: "...a mi [redacted] [V1] se le opera el día 26 de junio de 2015, retirando todo el estómago, así como parte del intestino, se desmantela también parte de yeyuno y realizan una pancreatectomía del cuerpo y cola, esplenectomía y se



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

retira parte del estómago, sin embargo, en el transcurso de esa tarde se le envía a piso, sin aparato o monitor alguno, excusándose el médico tratante que la responsiva del cardiólogo no indicaba la instrucción de permanecer en terapia intensiva, dejándolo a su suerte y perdiendo la vida horas después, ya que no fue tratado conforme lo indica tanto la praxis como la literatura médica, que sugiere que al retirar cola de páncreas o el cuerpo de éste se presenta un síndrome metabólico que conlleva a que la sangre se vuelva más alcalina y cierra las coronarias (...)."

15. Por ello, esta Comisión Nacional tramitó la citada queja, radicándola bajo el expediente CNDH/1/2016/4909/Q, y a fin de analizar las probables violaciones a derechos humanos, el ISSSTE remitió resúmenes médicos y el expediente clínico de V1, cuya valoración lógico-jurídica será objeto de análisis en el capítulo de Observaciones de esta Recomendación.

II. EVIDENCIAS.

16. Escritos de queja de 9 y 24 de junio de 2016, en los que V2 relató a esta Comisión Nacional las irregularidades en la atención médica proporcionada a V1.



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

17. Escrito de queja sin fecha, recibido en este Organismo Nacional, el 23 de febrero de 2017, en el cual V2 indicó que el procedimiento operatorio realizado a su padre no fue adecuado.

18. Oficio 096.201.1.2.7.3./UAD-2040/2016 de 19 de septiembre de 2016, en el que el ISSSTE remitió copia del resumen clínico de V1, en el cual AR1 indicó la atención médica proporcionada.

19. Oficio SG/SAD/JSCDQR/DAQMA/01139-4/16 de 28 de septiembre de 2016, a través del cual el ISSSTE envió a esta Comisión Nacional, el resumen clínico de V1 respecto de la atención médica que recibió en el CMN 20 de Noviembre desde agosto de 2005.

20. Oficio SG/SAD/JSCDQR/DAQMA/01362-4/16 de 24 de octubre de 2016, mediante el cual el ISSSTE anexó el expediente clínico de V1, destacándose las siguientes constancias:

20.1. Nota de interconsulta, valoración preoperatoria de 21 de abril de 2014, en la cual personal médico del CMN 20 de Noviembre indicó que de acuerdo a los resultados de los



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

laboratorios practicados a V1 el 10 de abril de 2014, su riesgo quirúrgico era “*GOLDMAN II, ASA III, DESTKY II. Bajo riesgo*”.

20.2. Solicitud de estudio médico subrogado de 27 de abril de 2015, a través de la cual AR1 solicitó realizar a V1, una tomografía por emisión de positrones (*técnica de diagnóstico por imagen que identifica enfermedad metastásica no identificada por técnicas de diagnóstico convencional con impacto en el manejo terapéutico*), a fin de que valorara su estado actual.

20.3. Resultados quirúrgicos de 11 de mayo de 2015, en los que se destacó que a V1 se le realizó una panendoscopia para examinación y toma de biopsia.

20.4. Nota de evolución de 26 de mayo de 2015, en la que AR1 señaló la recurrencia del cáncer gástrico de V1, confirmada con el resultado de la biopsia realizada el 11 de ese mismo mes y año.

20.5. Resultados de laboratorio de 5 de junio de 2015, practicados a V1 en el CMN 20 de Noviembre.

20.6. Nota de evolución de 22 de junio de 2015, en la que un médico especialista en oncología del CMN 20 de Noviembre, indicó que la tomografía axial computarizada –TAC- realizada a V1 el 3 de junio de 2015, evidenció la presencia de: *“engrosamiento en estómago y tumoración gástrica”*; e indicó: *“se solicitó PET/CT (tomografía por emisión de positrones) y no fue autorizado”*.

20.7. Nota de evolución de 23 de junio de 2015, en la que AR1 reportó la recurrencia de cáncer gástrico a V1, programándolo el 26 de ese mismo mes y año para una gastrectomía total, previa valoración por medicina interna.

20.8. Nota de evolución (ingreso e historia clínica) de 24 de junio de 2015, en la que un médico adscrito al servicio de oncología del CMN 20 de Noviembre, indicó que el pronóstico de supervivencia y funcional de V1 era reservado.

20.9. Carta de consentimiento bajo información de 24 de junio de 2015, firmada por V1 y V4 (testigo), en la cual se les explicó los riesgos del procedimiento quirúrgico al que se sometería al primero. Se omitió nombre, firma y cédula del médico informante.

20.10. Carta de consentimiento bajo información de 25 de junio de 2015, en la que se explicó a V3 el diagnóstico, procedimiento y posibles complicaciones que podrían derivar en la pérdida de la vida de V1. Se omitió firma de V1, así como el nombre, cédula profesional y firma del médico informante.

20.11. Nota de evolución (nota preanestésica) de 25 de junio de 2015, en la que personal médico del servicio de anestesiología del CMN 20 de Noviembre, calificó a V1 con: *“RIESGO ANESTESICO: E III B; RIESGOTROMBOEMBÓLICO: ALTO; y RIESGO QUIRURGICO: ALTO”*. Se omitió firma del personal médico que lo elaboró.

20.12. Nota de interconsulta de 25 de junio de 2015, en la que AR2 indicó que conforme a los antecedentes clínicos de V1, considerando los estudios de gabinete de 10 de abril de 2014, asignó como riesgo quirúrgico: *“GOLDMAN II, ASA III, DESKY BAJO RIESGO, LEE DE RIESGO MODERADO, POR EL MOMENTO SIN CONTRAINDICACIONES PARA EVENTO QUIRÚRGICO”*. Se omitió firma del médico que la realizó.

20.13. Carta de consentimiento bajo información para realizar procedimiento anestésico (anestesia general) de 26 de junio de 2018 (sic), en la que se informó a V1 la realización del procedimiento quirúrgico denominado laparotomía exploradora más gastrectomía total. Se omitieron los nombres del paciente y del médico informante, sólo aparecen sus firmas.

20.14. Hoja de “*Datos transoperatorios*” de 26 de junio de 2015, en los que se describió la operación realizada a V1, esto es, laparotomía exploradora con liberación de adherencias, esofagotomía, esplenectomía y pancreatectomía. Se omitió precisar el nombre del personal médico que la elaboró.

20.15. Hoja de “*Procedimientos*” de 26 de junio de 2015, en la que un médico adscrito al CMN 20 de Noviembre describió el procedimiento quirúrgico realizado a V1. Se observaron nombres de médicos diversos a los señalados en la hoja de resultados quirúrgicos e igualmente se omitió la firma de quien elaboró dicha hoja.

20.16. Registros de valoración, conducción y recuperación anestésica (dos) de 26 de junio de 2015, en los que se asentaron

las revisiones médicas de V1 de las 10:00 a las 18:00 horas, sin que se advirtiera revisión posterior a esa hora.

20.17. *“Informes de medición”* (tres) de 26 de junio de 2015, en los que se reportó que los niveles de glucosa de V1, a las 11:27, 1:53 (sic) y a las 16:52 horas, estaban elevados, siendo la medición de glucosa en 215 mg/dL y los niveles de PCO₂ de 30.1 mmHg, indicando una acidosis metabólica.

20.18. *“Hoja transanestésica inicial con turno matutino”*, sin fecha, de las 15:00 horas, en la que AR3 asentó que posterior a la valoración de los signos vitales de V1, se le otorgó la calificación *“Aldrete 8”* (escala utilizada para ver los signos post-anestésicos), indicativo de que había pasado a sala de recuperación en buenas condiciones generales.

20.19. Nota de alta de recuperación posquirúrgica de las 19:30 horas del 26 de junio de 2015, en la que AR4 autorizó el alta de piso a V1. **(Foja 578 vuelta)**

20.20. Notas de evolución (dos) del 27 de junio de 2015, en la primera sin señalar la hora, y la segunda, a las 04:25 horas, en

las que un médico adscrito al servicio de oncología quirúrgica del CMN 20 de Noviembre estableció los antecedentes clínicos de V1, señalando en la primer nota la causa de fallecimiento de V1; y en la segunda nota, se señaló que estaban pendientes los laboratorios de control y se reportaba como paciente delicado.

20.21. Certificado de defunción de **Fecha de fallecimiento**, expedido por la Secretaría de Salud, en el que se estableció como causas de muerte de V1: infarto agudo al miocardio, como antecedentes: adenocarcinoma gástrico de hace 1 año; Linfoma No Hodgkin de hace 5 años; coartación aórtica y cardiopatía isquémica de hace 40 años.

21. Oficio 096.201.1.2.7.3.3./186/2019 de 12 de febrero de 2019, mediante el cual el ISSSTE remitió las constancias de la atención médica postoperatoria que recibió V1.

22. Opinión de 18 de febrero de 2019, realizada por personal médico de esta Comisión Nacional, quienes señalaron las consideraciones técnicas respecto a la atención médica proporcionada a V1 en el CMN 20 de Noviembre.



23. Escrito de 31 de mayo de 2019, en el que V2 anexó documentación relacionada con los medios legales ejercidos en diversas instancias con motivo de los presentes hechos, de la que se destaca lo siguiente:

23.1. Oficio OIC/TAQ/00/637/2799/2018 de 29 de junio de 2018, suscrito por el área de quejas del OIC en el ISSSTE, dirigido al quejoso, con motivo de su escrito de V2 de 27 de junio (sic) por presuntas irregularidades en la atención médica otorgada a V1; en el que se le informó que no se contaron con elementos de convicción para advertir una presunta responsabilidad administrativa de servidores públicos adscritos a dicho Instituto.

23.2. Acuerdo C.Q.M EXT. 10/2017.06, con fecha de recepción SRAH: 17 de enero de 2017, mediante el cual el Subcomité Técnico de Quejas Médicas del ISSSTE, declaró improcedente la queja médica con solicitud de indemnización interpuesta por V2, ante la CONAMED, en razón de que no apreció deficiencia, negativa o imposibilidad institucional, que diera lugar al pago de indemnización.



23.3. Acta de audiencia de 27 de julio de 2018, emitida por la CONAMED, derivada de la queja presentada por V2 ante dicha Institución, en la que se acordó que se tuviera el asunto como “*no conciliado*”, dejándose a salvo los derechos de V2.

III. SITUACIÓN JURÍDICA.

24. El 21 de junio de 2016, V2 presentó queja ante la CONAMED, la cual se registró como Procedimiento Conciliatorio.

25. El 27 de junio de 2017, V2 presentó queja ante el OIC en el ISSSTE, por hechos que derivaron en el fallecimiento de V1 en el CMN **fecha de fallecimiento**

26. El 29 de junio de 2018, el OIC del ISSSTE notificó a V2 que no se contó con elementos de convicción de los que se advirtiera la presunta responsabilidad administrativa de servidores públicos adscritos al ISSSTE.

27. El 27 de julio de 2018, dentro del Procedimiento Conciliatorio se realizó la audiencia de conciliación, en la cual se notificó a V2 que el Subcomité Técnico de Quejas Médicas del ISSSTE, a través del



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

acuerdo C.Q.M EXT. 10/2017.06, determinó improcedente su solicitud de indemnización, *“al no existir deficiencia, negativa o imposibilidad institucional”* en la atención brindada a V1.

28. En la referida audiencia, la CONAMED determinó el expediente como *“NO CONCILIADO”* y dejó a salvo los derechos de V2 a fin de que los hiciera valer en la vía y forma que a su interés conviniera.

29. El 4 de marzo de 2020, el ISSSTE determinó que no existió deficiencia alguna en la atención médica proporcionada al paciente, en relación a la queja presentada ante este Organismo Nacional, por parte de V2.

IV. OBSERVACIONES.

30. Del análisis lógico-jurídico realizado al conjunto de evidencias que integran el expediente CNDH/1/2016/4909/Q, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y con enfoque de máxima protección de las víctimas, a la luz de los estándares nacionales e internacionales en



materia de derechos humanos, de los precedentes emitidos por este Organismo Nacional, así como de los criterios jurisprudenciales aplicables de la Suprema Corte de Justicia de la Nación y de la CrIDH, se contó con evidencias que acreditan las siguientes violaciones a los derechos humanos atribuibles a personal médico del CMN 20 de Noviembre, en agravio de V1: **A la protección de la salud, a la vida, situación de vulnerabilidad de las personas mayores y al acceso a la información en materia de salud.**

31. Lo anterior, en razón a las siguientes consideraciones expuestas en el presente apartado.

A. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD.

32. La protección a la salud es un derecho humano vital e 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.²

² CNDH. Recomendaciones 66/2016, párrafo 28; 14/2016, párrafo 28; 75/2017, párrafo 25 y 75/2018, párrafo 19.



33. El artículo 4° de la Constitución reconoce el derecho de toda persona a la protección de la salud.

34. Es atinente la jurisprudencia administrativa *“DERECHO A LA SALUD. SU PROTECCIÓN EN EL ARTÍCULO 271, SEGUNDO PÁRRAFO, DE LA LEY GENERAL DE SALUD. El derecho a la salud, entre varios elementos, comprende: el disfrute de servicios de salud de calidad en todas sus formas y niveles, entendiendo calidad como la exigencia de que sean apropiados médica y científicamente, esto es, que exista personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, y condiciones sanitarias adecuadas (...)”*.³

35. El numeral 1° de la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales aprobada el 11 de mayo de 2000, lo definió como *“(...) un derecho fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. [Su] efectividad (...) se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como*

³ Jurisprudencia P.J. 1ª./J.50/2009. Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Tomo XXIX/Abril de 2009, página 164, registro 167530.



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

(...) aplicación de los programas de salud elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la adopción de instrumentos jurídicos concretos (...).⁴

36. El artículo 10.1 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (“Protocolo de San Salvador”) reconoce que *“toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social”*.

37. El párrafo 1° del artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos afirma que *“toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, (...) la salud y en especial (...) la asistencia médica y los servicios sociales necesarios”*.

38. La CrIDH en el “Caso Vera Vera y otra vs Ecuador”⁵ estableció que *“(...) los derechos a la vida y a la integridad personal se hallan directa e inmediatamente vinculados con la atención a la salud humana (...)”*.

⁴ “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”. aprobada por la Asamblea General de la ONU, el 11 de mayo de 2000.

⁵ Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 19 de mayo de 2011, párrafo 43.

39. Esta Comisión Nacional determinó en su Recomendación General 15 *“Sobre el derecho a la protección de la salud”* del 23 de abril de 2009 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 garantice; la efectividad del derecho a la protección de la salud 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”. Reconoció que la protección a la salud “(...) es un derecho humano indispensable para el ejercicio de otros derechos, y que debe ser entendido como la posibilidad de las personas a disfrutar de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar el más alto nivel de salud.” Se advirtió, además, que “el derecho a exigir un sistema capaz de proteger y velar por el restablecimiento de la salud, es aquí donde podemos ubicar un ámbito claro de responsabilidades a cargo de los órganos del Estado”.*

40. En el caso particular, del conjunto de evidencias que integran el expediente de queja, se advirtió que los médicos del CMN 20 de Noviembre omitieron brindar la atención adecuada a V1, derivada de



su calidad de garantes conferidas por las fracciones I y II del artículo 33 de la Ley General de Salud, en concordancia con la fracción IV de artículo 2 del Reglamento de Servicios Médicos del ISSSTE, lo que se tradujo en la violación a su derecho humano a la protección de la salud, como a continuación se analiza.

A.1. Violación al derecho humano a la protección de la salud de V1 por inadecuada atención médica.

41. Previo al análisis de las acciones y omisiones en que incurrió el personal médico del CMN 20 de Noviembre, se señalarán los antecedentes clínicos de V1.

41.1. En agosto de 2005, V1 sufrió un infarto agudo al miocardio y fue manejado con Stent.⁶

41.2. En abril de 2010, se le diagnosticó Linfoma No Hodgkin difuso de células grandes B postgerminal, origen primario en cavidad nasal derecha y con motivo de la persistencia de la

⁶ Los médicos de este Organismo Nacional lo definieron como un cateterismo, esto es, un dispositivo en forma de tubo estrecho y alargado que puede ser introducido dentro de un tejido o vena.



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

enfermedad a nivel subescapular izquierdo, recibió tratamiento con quimioterapia.

41.3. En junio de 2010, presentó progresión de enfermedad a nivel cuello, cavidad nasal y senos paranasales, por lo que en septiembre de ese año, se le realizó una resección (cirugía para extraer un órgano o parte de éste) del seno maxilar derecho sin complicaciones y recibió radioterapia en 2011.

41.4. En enero de 2012, tuvo recurrencia a nivel malar derecho y cuello nivel III, lo que se le trató mediante biopsia excisional (extirpar la totalidad de un área anormal de células) y recibió tratamiento con quimioterapia hasta julio de esa anualidad.

41.5. En mayo de 2012, presentó bronquitis crónica y recibió tratamiento.

42. En marzo de 2014, se diagnosticó a V1 con cáncer de estómago (adenocarcinoma gástrico de tipo intestinal ulcerado en biopsias obtenidas por panendoscopia), y a fin de que se confirmara su diagnóstico, se solicitó la realización de estudios de extensión (sirven para determinar el grado de diseminación de un tumor), laboratorios,



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

gabinete y su valoración por el área de cardiología, donde se determinó que no tenía contraindicación para el procedimiento.

43. El 2 de mayo de 2014, a V1 se le practicó hemigastrectomía más reconstrucción con gastroyeyuno-anastomosis en omega de Brawn, esto es, la extirpación de una parte del estómago y su reconstrucción, presentando evolución transquirúrgica y postoperatoria sin alteraciones, lo que ameritó tratamiento con quimioterapia y radioterapia, la cual finalizó en febrero de 2015, ordenándose su vigilancia.

44. El 27 de abril de 2015, un médico del CMN 20 de Noviembre solicitó a la Universidad Nacional Autónoma de México, realizar a V1, de manera subrogada, una tomografía por emisión de positrones, a fin de valorar el estado médico de él, sin embargo, de las evidencias recabadas no se advirtió su realización.

45. El 26 de mayo de 2015, AR1 indicó que V1 presentó recurrencia del cáncer gástrico, confirmado en la biopsia practicada el 11 de ese mismo mes y año, por lo que ordenó una tomografía axial computarizada abdomino pélvica y estudios prequirúrgicos.

46. En la opinión médica de este Organismo Nacional, se consideró correcta la determinación de AR1, al haber ordenado practicar a V1 estudios clínicos para integrar su diagnóstico, tal como lo establece la Guía para diagnóstico y tratamiento de cáncer gástrico.

❖ **Atención médica en el CMN 20 de Noviembre.**

47. El 22 de junio de 2015, V1 fue valorado por un médico del servicio de oncología médica, quien señaló que su tomografía axial computarizada mostró engrosamiento en el estómago y tumoración gástrica, sugiriéndole como plan de manejo la resección quirúrgica⁷ y reiteró la solicitud de realizarle una tomografía por emisión de positrones, sin embargo, en su misma nota asentó “*no fue autorizado*”, sin que señalara el motivo o justificación de dicha negativa.

48. El 23 de junio de 2015, AR1 determinó que el 26 de ese mismo mes y año, sometería a V1 a una gastrectomía total y ordenó su valoración preoperatoria.

49. En la opinión del personal especializado de esta Comisión Nacional, AR1 actuó inadecuadamente, toda vez que no realizó una

⁷ Gastrectomía total intervención quirúrgica que consiste en la remoción total del estómago.

estadificación del cáncer para definir el tratamiento idóneo, como lo indica la Guía Referencia Rápida Diagnóstico y Tratamiento del Adenocarcinoma Gástrico en Pacientes Adultos, que en el presente caso, lo era a través de la realización de la tomografía por emisión de positrones, la cual a pesar de que fue solicitada por éste, no se llevó a cabo, sin justificar el motivo por el cual no fue realizada; estudio que permitiría conocer la existencia de metástasis a distancia para determinar si efectivamente era procedente realizar en V1 una cirugía o bien, someterlo a tratamientos paliativos.

50. El 24 de junio de 2015, un médico adscrito al servicio de oncología quirúrgica del CMN 20 de Noviembre, previa valoración de las notas de evolución de V1, indicó que debería someterse a una gastrectomía total e indicó que su pronóstico de supervivencia y funcional, era reservado.

51. El 25 de junio de 2015, AR2 realizó la valoración preoperatoria de V1, otorgándole un riesgo quirúrgico: *“GOLDMAN II, ASA III, DESKY BAJO RIESGO, LEE DE RIESGO MODERADO, POR EL MOMENTO SIN CONTRAINDICACIONES PARA EVENTO QUIRÚRGICO”*, sin embargo, dicha determinación fue basada en exámenes de laboratorio y gabinete realizados el 10 de abril de 2014; exámenes de laboratorio

que correspondían a otra nota de interconsulta de 21 de abril de 2014, realizada por una médica especialista en medicina interna del mismo nosocomio, respecto de una diversa intervención de V1, por tanto, AR2 asignó un riesgo quirúrgico considerando estudios de laboratorios que tenían más de un año de antigüedad.

52. En opinión del personal médico de este Organismo Nacional, AR2 omitió verificar la vigencia de los estudios que tomó como base para otorgar la calificación del riesgo de operación de V1, por lo cual contravino lo señalado por la Guía para valoración perioperatoria en cirugía no cardíaca en adulto, que establece: *“(...) Los estudios indispensables para la administración de la anestesia: en cirugía convencional son: Hemoglobina o hematocrito, tiempos de sangrado y coagulación; Además de los anteriores y en personas mayores de 60 años se debe realizar: Glucosa, Urea, creatinina, química sanguínea completa, Teleradiografía de tórax y electrocardiograma. La validez de estos estudios será de 90 días, siempre y cuando no se presente un evento que pueda modificarlos (...)”.*

53. En discrepancia con lo anterior, el 25 de junio de 2015, una médico adscrita al servicio de anestesiología del CMN 20 de Noviembre, valoró a V1 con riesgo anestésico de: *“E III B; Riesgo*



tromboembólico alto y Riesgo quirúrgico alto”, lo que significaba que, por los antecedentes del paciente y su edad avanzada existía un alto riesgo de complicaciones durante el procedimiento médico, contrario a lo advertido por AR2.

54. El 26 de junio de 2015, AR1 realizó a V1, la operación de gastrectomía total, laparotomía exploradora con liberación de adherencias, esofagotomía, esplenectomía y pancreatectomía.⁸

55. Personal médico de este Organismo Nacional, como ya se ha mencionado, consideró que la decisión quirúrgica de AR1 fue inadecuada, toda vez que omitió realizarle una estadificación del cáncer, esto es, determinar la existencia de metástasis a distancia, para poder definir el procedimiento idóneo y con ello, adoptar las medidas pertinentes, tal como lo indica la Guía para diagnóstico y tratamiento de cáncer gástrico.

56. Aunado a ello, los especialistas de este Organismo Nacional también señalaron que AR1 no advirtió la incorrecta calificación del riesgo quirúrgico realizada a V1 por AR2 -sustentada en estudios de laboratorio y gabinete con antigüedad de poco más de un año-, a

⁸ Cirugía que consiste en extirpar estómago, parte del esófago, bazo y páncreas.



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

pesar de que existía otra calificación de riesgo quirúrgico realizada por una especialista en anestesiología, quien evaluó a V1 con riesgo alto, así como la cardiopatía de V1, como un factor de riesgo; condiciones que no fueron consideradas por AR1 para determinar el procedimiento adecuado para V1.

57. Cuando concluyó la operación, en opinión de los especialistas de este Organismo Nacional, AR1 omitió solicitar el traslado de V1 a terapia intensiva, así como continuar con vigilancia en su postoperatorio, lo que resultaba necesario considerando los factores de riesgo y las complicaciones metabólicas que podrían producirse ante la falta de diversos órganos, entre ellos, el páncreas.

58. Los especialistas de este Organismo Nacional también concluyeron que AR3 y AR4 tuvieron corresponsabilidad en los hechos, debido a que una vez que recibieron a V1 en la sala de recuperación, no consideraron los estudios de gasometría arterial de V1, en los que se indicaba una alteración metabólica, a fin de trasladar a V1 al área de cuidados intensivos, como lo establece el punto 5.5.1.2.2 de la Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA3-2013 para la organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos.



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

59. De acuerdo a las evidencias recabadas, V1 permaneció en la sala de recuperación al menos 4 horas, posteriormente bajo autorización de AR4 -quien de igual manera no consideró los estudios de gasometría arterial realizados a V1-, fue enviado a piso de oncología como a las 7:00 de la noche, donde falleció después de más de 10 horas, temporalidad durante la cual estuvo sin vigilancia y sin algún tipo de recurso tecnológico de monitoreo, lo que se afirma debido a que de los registros de valoración, conducción y recuperación anestésica con que se contó, se desprendió que el 26 de junio de 2015 se le revisó desde las 10:00 hasta las 18:00 horas, sin que obrara registro posterior.

60. No pasa desapercibido para esta Comisión Nacional, la existencia de dos “*notas de evolución*” del 27 de junio de 2015, en la que un médico adscrito al CMN 20 de Noviembre a las 04:25 horas, asentó que el pronóstico de V1 era favorable, quien además lo reportó como paciente delicado, con signos vitales estables y sin alteraciones.

61. Sin embargo, de acuerdo con la opinión de los médicos de este Organismo Nacional, en ninguno de los registros de revisión y vigilancia realizados por personal médico del CMN 20 de Noviembre,

tomaron en cuenta estudios de laboratorio o gabinete, toda vez que los últimos estudios que le fueron practicados a V1 fue una gasometría arterial realizada a las 16:52 horas de ese mismo día, es decir, 52 minutos después de terminada la cirugía y que evidenció un descontrol metabólico, debido a que V1 presentó glucosa de 215 mg/dl, cuando lo normal es 60-110, así como los niveles de PCO_2 de 30.1 mmHg, indicando una acidosis metabólica.

62. Dicha circunstancia justificaba el ingreso de V1 a la Unidad de Cuidados Intensivos, en ese sentido, con base en el modelo de prioridades establecido en la NOM-025-SSA3-2013, numeral 5.5.1.2.2 *Prioridad II. establece: “5.5.1.2.2. Prioridad II. Pacientes que requieren de monitoreo intensivo y pueden necesitar intervenciones inmediatas, como consecuencia de padecimientos graves agudos o complicación de procedimientos médicos o quirúrgicos”,* tal como lo señalaron los especialistas de esta Comisión Nacional.

63. Las conductas omisas de AR1, AR3 y AR4, así como la de AR2, al no verificar la vigencia de los estudios en los que se basó para otorgar la calificación del riesgo quirúrgico del paciente, favorecieron para que 14 horas después del procedimiento quirúrgico, V1 presentara un

infarto cardiorrespiratorio que desafortunadamente derivó en la pérdida de la vida.

64. En el certificado de defunción de **FechaFecha**, se advirtió como causa del fallecimiento de V1: infarto agudo al miocardio de aproximadamente 20 minutos debido a un adenocarcinoma gástrico de hace 1 año y Linfoma No Hodgkin de hace 5 años.

65. No obstante, en la opinión médica realizada por especialistas de este Organismo Nacional se estableció que la inadecuada valoración prequirúrgica, la decisión quirúrgica y el seguimiento posquirúrgico de V1 –procesos en los que además no se consideraron los factores de riesgo de V1 (cardiopatía y alteración metabólica)-, incrementaron el riesgo de su fallecimiento.

66. La conductas omisas de AR1, AR2, AR3 y AR4 trajeron como consecuencia la transgresión del artículo 15 del Reglamento de Servicios Médicos del ISSSTE, que establece “(...) *El Médico Tratante será el responsable ante el Instituto y sus pacientes, de los diagnósticos y tratamientos que establezca dentro de las instalaciones del Instituto, de igual manera tendrán responsabilidad la enfermera, el personal de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, y*



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

demás personal que intervenga en el manejo del paciente, respecto al servicio que cada uno proporcione, en los términos de la legislación y normatividad aplicable (...).”

67. Cabe mencionar que el 19 de septiembre de 2016, el ISSSTE remitió a esta Comisión Nacional el informe médico elaborado por AR1, quien describió la atención médica que brindó a V1; asimismo, el 12 de febrero de 2019, el ISSSTE remitió los registros de la atención y evolución de V1 posteriores a la cirugía, de los cuales se destaca lo siguiente:

67.1. El 20 de mayo de 2015, se documentó recurrencia de la neoplasia maligna gástrica en el paciente (cáncer gástrico). Se propuso cirugía de rescate y se solicitaron valoraciones preoperatorias, previo consentimiento del paciente y familiar, asimismo se solicitó hemoderivados y valoración por cardiología.

67.2. V1 fue informado ampliamente de los beneficios del procedimiento y sus complicaciones, por lo que V1 y su familiar aceptaron el mismo.

67.3. El 25 de junio de 2015, cardiología reportó a V1 hemodinámicamente estable con riesgo quirúrgico Goldman II, Asa 3, Detsky de bajo riesgo, lee de riesgo moderado, “*sin contraindicaciones para el evento quirúrgico ni técnica anestésica*”, gasometría arterial normal.

67.4. El paciente se operó el 26 de junio de 2015, realizándole laparotomía exploradora (*exploración quirúrgica del abdomen*), se lisaron adherencias (*despegar tejidos adheridos*) por síndrome adherencial severo (*bandas de tejido que se forman por la cicatrización después de una cirugía*), se desmanteló gastroyeyuno anastomosis previo (*separar la unión quirúrgica del estómago del yeyuno -intestino delgado-, es decir, quitar “bypass gástrico” -cirugía para reducir el tamaño del estómago, disminuyendo la capacidad gástrica conectándola directamente al intestino delgado-*), se realizó pancreatectomía de cuerpo y cola por involucramiento tumoral (*extirpación del cuerpo y cola del páncreas*) esplenectomía incidental (*extirpación del bazo por una lesión inesperada*), esofaguectomía transhiatal tipo ohrlinger (*cirugía para extirpar el cáncer en el esófago*) se realiza disección para aórtica (*separación de los tejidos paralelos a la aorta*), reporte transoperatorio de bordes de esófago distal, asa aferente

de yeyuno informados negativos a neoplasia maligna, se realiza reconstrucción esófago yeyunal en “Y” de Roux, (*reconexión quirúrgica del esófago y el yeyuno para restituir el tránsito digestivo*) limbo a 60 cm termino-lateral.

67.5. En postquirúrgico se señaló que el paciente se encontraba estable, sin alteraciones, con signos vitales normales, parámetros ventilatorios normales, pasó a sala de recuperación y posteriormente a piso estable, donde permaneció con signos vitales normales.

67.6. Presentó “*paro respiratorio*” que no revirtió a maniobras de resucitación básicas y avanzadas, por lo cual falleció a las Hora y Fecha
Hora y Fecha
Hora y Fecha

Hora y Fecha Hora y Fecha .

67.7. Se trata de paciente SEXO en la octava etapa de vida (sic), con dos tumores primarios: linfoma no hodgkin y adenocarcinoma gástrico, quien previamente requirió manejo quirúrgico de cirugías mayores sin contraindicaciones, a pesar de su antecedente de cardiopatía isquémica.

67.8. En junio de 2015, fue sometido a cirugía mayor, la cual cursa sin alteraciones, sin descompensación, con sangrado no más allá de lo esperado en una cirugía de la magnitud de la que se realizó, con evolución adecuada en sala de operaciones y de recuperación, permaneciendo estable a su ingreso a piso, con signos vitales normales que no indicaron en ningún momento la necesidad de ingreso a la terapia intensiva o a la terapia intermedia, o a la unidad coronaria.

67.9. El paciente despertó adecuadamente del evento quirúrgico y anestésico, sin alteraciones cardiovasculares, ni neurológicas, permaneció así hasta la mañana siguiente, sin que ningún síntoma o cambio en su evolución hicieran considerar la necesidad de valoración por terapia intensiva o por la unidad coronaria y en forma súbita e inesperada presentó paro cardiorrespiratorio que no revirtió a maniobras básicas ni avanzadas de reanimación.

68. Con el anterior informe, AR1 pretendió acreditar que a V1 se le brindó una atención médica adecuada de acuerdo a su patología, sin embargo, como ya se ha señalado, omitió realizarle una estadificación del cáncer, a través de la realización de una tomografía por



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

positrones, para determinar si existía metástasis a distancia y definir el procedimiento idóneo para V1, atendiendo a lo señalado en la Guía para diagnóstico y tratamiento de cáncer gástrico, que considera el tratamiento paliativo en caso de enfermedad metastásica a distancia.

69. Además, tampoco advirtió que la valoración preoperatoria realizada por AR2, basada en estudios de laboratorio y gabinete no contaban con la vigencia requerida por las normas aplicables, a pesar de existir otra valoración de riesgo, realizada por una médico anesthesióloga quien advirtió para V1 un riesgo alto.

70. AR1 también omitió solicitar el traslado de V1 a terapia intensiva y continuar con su vigilancia en el postoperatorio, toda vez que siendo el médico responsable del tratamiento médico de V1, no revisó ningún estudio de gabinete o gasometría, a fin de advertir las complicaciones metabólicas que podrán producirse en su paciente ante la falta de diversos órganos, entre ellos, el páncreas.

71. En relación a AR2, no realizó una adecuada valoración preoperatoria de V1, debido a que determinó la calificación del riesgo del procedimiento quirúrgico con base en estudios de laboratorio y gabinete realizados con temporalidad mayor a un año de antigüedad,

lo que motivó la determinación de un riesgo quirúrgico menor al que le correspondía a V1.

72. En cuanto a AR3 y AR4 omitieron el traslado de V1 al área de terapia intensiva, así como mantenerlo bajo vigilancia, toda vez que de los registros presentados por el ISSSTE se advirtió que no llevaron su vigilancia estrecha, pues sólo se registraron revisiones hasta las 18:00 horas de ese día y posteriormente hasta las 4:25 horas del 27 de junio de 2015, esta última realizada sin advertirse la valoración de algún estudio de gabinete o gasometría, a pesar de que fueron solicitados.

73. Aunado a ello, AR3 y AR4 no consideraron el resultado de los estudios de gasometría arterial posquirúrgica realizados a V1, los cuales evidenciaban un descontrol metabólico debido a que presentó glucosa de 215 mg/dl (normal 60-110) y PCO_2 de 30.1 mmHg, indicando una acidosis metabólica, lo que justificaba su ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos ante la magnitud de la operación a la que fue sometida.

74. En consecuencia, AR1, AR2, AR3 y AR4 incumplieron con el deber de garantizar con calidad y oportunidad los servicios de salud



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

para V1, habiendo elevado el riesgo médico permitido que derivó en su fallecimiento, lo que en sí mismo constituyó una inadecuada atención médica, contraviniendo lo dispuesto en los artículos 1, 2, fracciones I, II y V; 23, 27 fracción III; 32, 33, fracciones I y II de la Ley General de Salud; 8, fracciones I y II; 9 y 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, vulnerando con ello el derecho humano a la protección de la salud en agravio de V1 tutelado en los artículos 4º, párrafo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y 10 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales "*Protocolo de San Salvador*", así como lo señalado en la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas y 19 de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.

B. DERECHO A LA VIDA.

75. La vida como derecho fundamental se encuentra consagrado en documentos nacionales como internacionales, por lo que corresponde



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

al Estado mexicano a través de sus instituciones respetarlo, protegerlo, garantizarlo y promoverlo en el ejercicio de sus funciones.

76. La Suprema Corte de Justicia de la Nación ha determinado que *“El derecho a la vida impone al Estado una obligación compleja, (...) no sólo prohíbe la privación de la vida (...), también exige (...) la obligación de garantizar el pleno, libre y efectivo ejercicio de los derechos humanos, adopte medidas positivas para preservar ese derecho (...) **existe transgresión al derecho a la vida por parte del Estado (...) cuando éste no adopta las medidas razonables y necesarias (...) tendientes a preservarla, a minimizar el riesgo de que se pierda en manos del Estado (...).**”*⁹

(Énfasis añadido).

77. El derecho humano a la vida implica que todo ser humano disfrute de un ciclo existencial que no puede ser interrumpido por algún agente externo. Las disposiciones que establecen su protección se encuentran previstas en los artículos 6.1. del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 4.1. de la Convención Americana sobre

⁹ Tesis Constitucional. “Derecho a la vida. Supuestos en que se actualiza su transgresión por parte del estado”. Semanario Judicial de la Federación, enero de 2011, y registro 16319.



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

Derechos Humanos, 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre y 6 de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.

78. De la lectura a los citados artículos se advierte un contenido normativo de doble naturaleza, a saber: el deber negativo del Estado de respetar la vida humana mediante la prohibición de su privación arbitraria, así como el deber positivo de adoptar todas las medidas apropiadas para proteger y preservar el derecho a la vida de quienes se encuentre bajo su jurisdicción, o bien, que no se les impida el acceso a los medios que los garanticen.¹⁰

79. La CrIDH ha establecido que *“El derecho a la vida es un derecho humano fundamental, (...). De no ser respetado, todos los derechos carecen de sentido. (...) comprende, no sólo el derecho (...) de no ser privado de la vida (...), sino (...) también el derecho a que no se le impida el acceso a las condiciones que le garanticen una existencia digna. Los Estados tienen la obligación de garantizar la creación de las condiciones (...) para que no se produzcan violaciones de ese derecho básico y, en particular, el deber de impedir que sus agentes*

¹⁰ CNDH, Recomendación 35/2016, párrafo 180.



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

atenten contra él (...)"¹¹, asimismo "(...) juega un papel fundamental (...) por ser el presupuesto esencial para el ejercicio de los demás derechos (...)"¹².

80. En el caso *"Niños de la Calle vs. Guatemala"* la CrIDH señaló que la protección activa del derecho a la vida por parte del Estado, involucra a todas sus instituciones.¹³

81. Este Organismo Nacional ha sostenido que *"existen diversos acuerdos creados a partir del consenso de la comunidad médica internacional, (...), a pesar de no encontrarse reconocidos por el Estado como derecho vigente, son aceptados al interior del gremio clínico como referentes que regulan su actuar profesional; en ese sentido destacan la Declaración de Ginebra adoptada por la Asociación Médica Mundial en 1948 y el Código Internacional de Ética Médica adoptado por dicha asociación en 1981, como documentos*

¹¹

CrIDH. Caso *Niños de la Calle (Villagrán Morales y otros) vs. Guatemala*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 19 de noviembre de 1999. Párrafo 144.

¹²

CrIDH. Caso *Familia Barrios vs. Venezuela*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 24 de noviembre de 2011. Párrafo 48.

¹³ "Caso 'Niños de la Calle' (Villagrán Morales y otros) Vs. Guatemala" sentencia de Fondo, 19 de noviembre de 1999, párrafo 144.

*rectores del ejercicio médico que prevén la obligación fundamental de los galenos para preservar la vida de sus pacientes”.*¹⁴

82. En el presente caso, las mismas evidencias y consideraciones que sirvieron de base para acreditar la inadecuada atención médica brindada a V1 por AR1, AR2, AR3 y AR4 también son el soporte que permite acreditar la violación a su derecho a la vida, como se analizará en seguida.

B.1. Violación al derecho humano a la vida de V1.

83. V1 falleció a las **Hora y Fecha Hora y Fecha** y conforme a lo señalado en su certificado de defunción, la causa se debió a un infarto agudo al miocardio de aproximadamente 20 minutos, derivado de un adenocarcinoma gástrico de 1 año y Linfoma No Hodgkin de 5 años.

84. Como se precisó en opinión del personal médico de este Organismo Nacional, la inadecuada valoración prequirúrgica y decisión quirúrgica realizada por AR1 y AR2, quienes no consideraron los factores de riesgo como la cardiopatía y la alteración metabólica

¹⁴ CNDH. Recomendación 75/2017. Párrafo 61.



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

que hacían susceptible que el procedimiento quirúrgico se complicara, así como el inadecuado seguimiento posquirúrgico por parte de AR1, AR3 y AR4, fueron omisiones sistémicas que derivaron en la pérdida de la vida de V1.

85. En ese sentido, AR1 intervino quirúrgicamente a V1, sin realizar una correcta estadificación del cáncer para determinar el tratamiento idóneo, toda vez que en un primer momento indicó que sólo le realizaría una gastrectomía total, sin embargo, al momento llevar a cabo la cirugía, realizó laparotomía exploradora con liberación de adherencias, esofagotomía, esplenectomía y pancreatectomía; asimismo AR1, AR3 y AR4 omitieron ingresar a V1 a la Unidad de Cuidados Intensivos, después de la cirugía, a pesar de conocer los factores de riesgo del paciente y de los informes de gasometría, aunado a ello, se ordenó enviar a V1 a piso sin ningún monitoreo ni vigilancia estrecha y finalmente, AR2 realizó una valoración de riesgo quirúrgico basada en estudios de gabinete con antigüedad de más de un año.

86. De esta forma AR1, AR2, AR3 y AR4 incumplieron lo señalado en el artículo 48 del Reglamento de la Ley General de Salud que dispone: *“Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de*



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable (...)” en concordancia con la fracción II del ordinal 8 del mismo ordenamiento que determina las actividades de atención médica: *“CURATIVAS: Que tienen por objeto efectuar un diagnóstico temprano de los problemas clínicos y establecer un tratamiento oportuno para resolución de los mismos (...)*”.

87. Los médicos tratantes incumplieron el *“Código de conducta para el personal de Salud 2002”*¹⁵, que en el rubro de *“Estándares de trato profesional”* establece en los puntos 2 y 3 lo siguientes: *“Aplicará el conocimiento científico, técnico y humanístico vigente y comúnmente aceptado en la atención de la salud en la forma debida oportuna y experta”, “Se apegará a las indicaciones precisas y rigurosas de los procedimientos auxiliares de diagnóstico y tratamiento, descontando la práctica de aquellos cuya utilidad sea debatible o ponga en riesgo innecesario a los pacientes”*.

88. Una de las finalidades del derecho a la protección de la salud, reconocido en el artículo 4, párrafo cuarto constitucional, es que el

¹⁵ Emitido en octubre con la participación de la Secretaría de Salud, la Subsecretaría de Innovación y Calidad, la Comisión Nacional de Bioética, el Instituto Mexicano del Seguro Social, El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio del Estado, la Coordinación General de los Institutos Nacionales de Salud y la Dirección de Vinculación con Gobierno y Sociedad de la SECODAM.



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

Estado satisfaga eficaz y oportunamente sus necesidades para proteger, promover y restablecer su salud. En el presente caso, los médicos involucrados debieron valorar adecuadamente a V1, definir su tratamiento idóneo y realizada la intervención quirúrgica, continuar con su vigilancia estrecha en la Unidad de Cuidados Intensivos a fin de que se lograra su estabilización y evitar las complicaciones que le propiciaron la pérdida de la vida.

89. De lo expuesto, este Organismo Nacional concluye que AR1, AR2, AR3 y AR4 vulneraron los derechos a la protección de la salud y a la vida de V1 previstos en los artículos 1°, párrafos primero, segundo y tercero, 4°, párrafo cuarto constitucionales; 1, 2, fracciones I, II y V; 3 fracción II, 23, 27, fracciones III y X; 32, 33 fracción I y II, y 51 párrafo primero de la Ley General de Salud y el contenido de la norma oficial mexicana NOM-025-SSA3-2013.

90. La elevación del riesgo permitido repercutió en el deterioro de su salud, así como en el posterior y lamentable fallecimiento de V1, vulnerando con ello su derecho humano a la vida y lo establecido en los artículos 1° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 6.1. del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 4.1. de la Convención Americana sobre Derechos Humanos,



3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre y 6 de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.

C. DERECHO A LA PROTECCIÓN ESPECIAL DE PERSONAS MAYORES.

91. Además de la transgresión de los derechos a la protección de la salud y a la vida de V1, se afectaron otros derechos atendiendo a su calidad de persona mayor, específicamente a un trato digno en razón de su situación de vulnerabilidad, por ser una persona de **Edad** de edad con antecedentes de adenocarcinoma gástrico, Linfoma No Hodgkin y cardiopatía, por lo que atendiendo a la especial protección de que gozan las personas en esa etapa de la vida, considerada en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en diversos instrumentos internacionales en la materia, debió haber recibido una adecuada atención médica por parte del personal adscrito al CMN 20 de Noviembre.

92. De conformidad con los artículos 1° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y 17 del Protocolo Adicional a la



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, conocido como “*Protocolo de San Salvador*”, obligan al Estado mexicano a brindar la protección de los derechos humanos de personas adultas mayores (setenta años o más), y con ello darles un trato y atención preferencial.

93. Este derecho de las personas mayores implica, correlativamente, una obligación por parte de las autoridades del Estado, por un lado garantizarlo y por el otro, protegerlo. Tienen la obligación de que exista una garantía constitucional y legal y que ninguna autoridad o particular pueda atentar contra ese derecho de personas que forman parte de un grupo de atención prioritaria.¹⁶

94. El artículo 1º, párrafo quinto constitucional, establece que queda prohibido cualquier acto “...*que atente contra la dignidad humana y que tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas*”, relacionado con los artículos 11.1 de la Convención Americana Sobre Derechos Humanos, y 1 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, en términos generales se refieren al

¹⁶ Tesis de Jurisprudencia. No. de Registro 2007244. “ADULTOS MAYORES. CONSIDERACIONES ESPECIALES QUE, CONFORME AL MARCO JURÍDICO NACIONAL E INTERNACIONAL, DEBEN RECIBIR DE LAS AUTORIDADES QUE PROCURAN Y ADMINISTRAN JUSTICIA CUANDO EN LOS PROCESOS PENALES FIGURAN COMO AGRAVIADOS U OFENDIDOS, INCULPADOS O SENTENCIADOS”.



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

derecho al trato digno que debe recibir toda persona, por lo que se debe promover, proteger y asegurar todos sus derechos humanos y libertades.

95. El artículo 12 del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales; la Observación General 6 de “*Los Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Personas Mayores*”; los Principios de las Naciones Unidas en Favor de las Personas de Edad, y la Declaración sobre los Derechos y Responsabilidades de las Personas de Edad, establecen que las personas mayores constituyen un grupo de atención prioritaria que merece especial protección por parte de los órganos del Estado, porque su avanzada edad los coloca, en ocasiones, en una situación de desatención que son los principales obstáculos que se deben combatir a través de la protección de sus derechos con la finalidad de fomentar un envejecimiento activo y saludable.

96. El derecho al trato digno entendido como la prerrogativa que posee todo ser humano para que se le permita hacer efectivas las condiciones jurídicas, materiales y de trato, acordes con las expectativas, en un mínimo de bienestar, aceptadas generalmente por los propios individuos y reconocidas en el orden jurídico; de igual



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

manera, el trato preferencial constituye una acción positiva, en razón de que el Estado conoce la necesidad de proteger de forma especial a ciertos grupos de atención prioritaria, entre ellos las personas mayores, quienes por su condición de edad son víctimas potenciales de violaciones a sus derechos humanos, como en el presente caso se vulneró en agravio de V1, al no recibir la atención adecuada sobre el padecimiento que presentaba, ya que las omisiones descritas en el apartado de observaciones contribuyeron a que su estado de salud se agravara y derivara en la pérdida de su vida.

97. En el mismo sentido, se han pronunciado la Asamblea Mundial del Envejecimiento en Viena en 1982 de la que derivó el Primer Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento; la Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos en 1993 (de la que emanó la Declaración citada); la segunda Asamblea Mundial sobre el envejecimiento en Madrid en 2002, el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el envejecimiento en 2003; la Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento en 2003; la Declaración de Brasilia en 2007; el Plan de Acción de la Organización Panamericana de la Salud sobre las personas mayores en 2009; la Declaración de compromiso de Puerto España en 2009 y la Carta de San José sobre los Derechos



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

de las Personas Mayores de América Latina y el Caribe en 2012, así como el Informe de la Tercera Conferencia Regional Intergubernamental sobre envejecimiento en América Latina y El Caribe”, San José, Costa Rica, en su numeral 7, relacionado con la falta de atención de los servicios de salud pública a las necesidades de las *“personas adultas mayores”*.

98. El citado artículo 17 del *“Protocolo de San Salvador”*, en el rubro de *“Protección de los Ancianos”* señala que: *“Toda persona tiene derecho a protección especial durante su ancianidad”*, por lo que *“(…) los Estados partes se comprometen a adoptar de manera progresiva las medidas necesarias a fin de llevar este derecho a la práctica (...)”*.

99. A efecto de dar cumplimiento al compromiso internacional para proteger los derechos de las personas mayores, el 25 de junio de 2002 se publicó en el Diario Oficial de la Federación, la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, en cuyo artículo 3, fracción I, establece que: *“Personas adultas mayores: Aquéllas que cuentan con sesenta años o más de edad”*; y en el diverso 4, fracción V dispone como principio rector del referido ordenamiento legal la atención preferente, considerada como *“(…) aquélla que obliga a las instituciones federales, estatales y municipales de gobierno, así como*



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

a los sectores social y privado a implementar programas acordes a las diferentes etapas, características y circunstancias de las personas adultas mayores.”

100. Asimismo, entre otros derechos de las personas adultas, previstos en el artículo 5°, fracciones I, III y IX del citado ordenamiento se señalan: El derecho de la integridad, dignidad y preferencia; derecho a la salud y derecho de acceso a los servicios públicos. Uno de los objetivos de esta ley, conforme al artículo 10 es propiciar las condiciones para un mayor bienestar físico y mental, preservando su dignidad como ser humano, procurar una mayor sensibilidad y conciencia social a fin de evitar toda forma de desatención y olvido por motivo de su edad, género, estado físico y condición social.

101. Es preciso destacar que este Organismo Nacional ha formulado al ISSSTE las Recomendaciones 16/2010; 2/2012; 63/2012, 57/2015 80/2019, respecto a violaciones a derechos humanos cometidos en agravio de las personas consideradas en situación de vulnerabilidad, como las personas mayores.

102. En la transgresión de los derechos a la protección de la salud y a la vida de V1, se afectaron otros derechos atendiendo a su calidad de

persona mayor, específicamente a un trato preferencial y digno, en razón de su pertenencia a grupos de atención prioritaria, por tratarse de una persona de **Edad** con un cuadro de cáncer gástrico y con antecedente de haber padecido infarto agudo al miocardio, Linfoma No Hodgkin difuso de células grandes B de origen postgerminal y adenocarcinoma gástrico, atendiendo a la especial protección de que gozan las personas en esa etapa de la vida, implicaba que el paciente recibiera una adecuada atención, siendo además prioritaria e inmediata por parte del personal del CMN 20 de Noviembre, lo cual no aconteció.

103. AR1, AR2, AR3 y AR4, médicos especialistas adscritos a un hospital de tercer nivel de atención del ISSSTE, incurrieron en actos y omisiones que en lugar de garantizarle a V1 bienestar físico que repercutiera en el mejoramiento de su calidad y prolongación de vida, contribuyeron a que avanzara al deterioro hasta la pérdida de la vida.

104. En la valoración del riesgo quirúrgico de V1, AR2 no consideró su calidad de persona mayor al emitir su calificación, tampoco tomó en cuenta los antecedentes de sus enfermedades desde 2005, ni los tratamientos a los que fue sometido, por el contrario, le dio una



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

calificación de bajo riesgo quirúrgico basándose en estudios de laboratorio y gabinete con antigüedad de más de un año.

105. Si bien AR1 se basó en la calificación errónea sobre el riesgo quirúrgico de AR2, ello no justificaba que no considerara los factores de riesgo a los que estaba expuesto V1 en su calidad de persona mayor, aunado a ello, no hizo una correcta estadificación del cáncer e inadecuadamente determinó el tratamiento para el paciente, a través de una cirugía que afectó órganos vitales, como el páncreas y además no le proporcionó una atención postoperatoria adecuada.

106. Misma omisión en que incurrieron AR3 y AR4, quienes tampoco tomaron en cuenta la complejidad de la operación realizada ni la edad de V1, ya que no existió evidencia de su vigilancia ni de un monitoreo estrecho, a pesar de que existieron estudios de gasometría arterial practicados a V1 en los que se evidenció una alteración metabólica.

107. En consecuencia, AR1, AR2, AR3 y AR4 vulneraron el derecho a la salud de V1 en su calidad de persona mayor, por no haber considerado las condiciones mínimas que le garantizaran los servicios de atención médica adecuada, integral y de calidad, que de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud implicaría *“una atención sanitaria*



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

de alta calidad que identifique las necesidades de salud de las personas de una forma total y precisa con recursos necesarios (humanos y otros) a estas necesidades de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite”,¹⁷ con la finalidad de garantizar la seguridad del paciente como componente de la calidad de la atención médica, con la cual se evita, previenen y mejoran los resultados adversos derivados de procesos de atención sanitaria, lo que en el caso particular no aconteció, toda vez que de manera sistemática elevaron los riesgos médicos que deterioraron su estado de salud y derivaron en la pérdida de la vida.

108. Por lo expuesto, AR1, AR2, AR3 y AR4 evidenciaron falta de orientación especializada para garantizar calidad en la atención de las personas adultas mayores; por lo que incumplieron las obligaciones contenidas en el artículo 8°, fracciones I y XXIV, de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, vigente al momento de los hechos, que prevé la obligación que tienen de cumplir con el servicio encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause su suspensión o deficiencia, o implique el

¹⁷Secretaría de Salud. “Definiciones y conceptos fundamentales para el mejoramiento de la calidad de la atención a la salud”, 2013, p. 26.



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

incumplimiento de cualquier disposición legal, reglamentaria o administrativa relacionada con el servicio público.

109. Por otra parte, a fin de garantizar una adecuada atención médica, se debe de considerar uno de los estándares más actuales para hacer realidad los derechos humanos en esa materia, el cual se integra por los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030 de la Organización de las Naciones Unidas¹⁸. Esta Alianza Universal se compone por 17 objetivos integrados por 169 metas conexas e indivisibles que reconocen el papel fundamental de la dignidad de la persona. Las autoridades de los poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial, así como de los ámbitos federal, estatal y municipal, deben colaborar en la implementación, seguimiento y examen del progreso de la Agenda en nuestro país.

110. En el presente asunto, debe considerarse la realización del Objetivo tercero, consistente en *“Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos en todas las edades.”*

¹⁸ Resolución 70/a de la Asamblea General de la ONU, titulada *“Transformar nuestro mundo: Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible”*.



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

111. Corresponde al Estado mexicano, a través de sus agentes públicos, generar las acciones necesarias para alcanzar dicho objetivo, a fin de garantizar una vida saludable y promover el bienestar para todos a cualquier edad, principalmente a los integrantes de grupos de atención prioritaria, en los que se encuentran las personas menores de edad, mujeres, personas con discapacidad, pacientes que viven con VIH y personas mayores, en los que el Estado tiene la obligación de brindar una protección especial dada la alta posibilidad de que sean víctimas de violaciones a sus derechos humanos, acciones en las que se deberán tomar en cuenta los avances tecnológicos y científicos en la atención médica, protección de la salud y de la vida, con la finalidad de generar un aumento de la expectativa de esperanza de vida en la población en general.

D. DERECHO HUMANO DE ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD.

112. El artículo 6, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece el derecho de las personas al libre acceso a información.

113. Este Organismo Nacional, en la Recomendación General 29/2017¹⁹, párrafo 27, considera que *“(...) los derechos a la protección de la salud y el derecho a la información, por virtud del principio de interdependencia son mutuamente vinculables para su realización y de la garantía de estos se supedita la debida integración del expediente clínico.”*

114. El Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales de la ONU previene que, en materia de salud, el derecho de acceso a la información *“comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. Con todo, el acceso a la información no debe menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad”*.²⁰

115. En la sentencia del *“Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”*,²¹ la Corte Interamericana de Derechos Humanos, sostuvo que: *“(...) es*

¹⁹ CNDH. “Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud”, 31 de enero de 2017.

²⁰ Observación General 14 “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud” (Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). Aprobada por la Asamblea General de la ONU, el 11 de mayo de 2000, párrafo 9. párr. 12, inciso b, fracción IV.

²¹ CrIDH. Sentencia de 22 de noviembre de 2007 (Fondo, Reparaciones y Costas), párrafo 68.

evidente 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. 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.”

116. En ese sentido, este Organismo Nacional ha sostenido que el derecho de acceso a la información en materia de salud contenida en el expediente clínico, tiene como finalidad que los usuarios de servicios médicos puedan solicitar, recibir y conocer datos relacionados con sus antecedentes personales, historial médico, diagnóstico, opiniones, comunicaciones del personal de salud, resultados e interpretación de exámenes y estudios que se les practiquen y en su caso, el tratamiento respecto a la atención médica recibida.²²

²²

CNDH. Recomendación General 29/2017. SOBRE EL EXPEDIENTE CLÍNICO COMO PARTE DEL DERECHO A LA INFORMACIÓN EN SERVICIOS DE SALUD.

117. También se ha establecido que el derecho a la información en materia de salud comprende: 1) el acceso para recibir todo tipo de información relacionada con la atención de la salud, 2) la protección de los datos personales, y 3) la información debe cumplir con los principios de: a. Accesibilidad: que se encuentre disponible para el paciente; b. Confiabilidad: que se sustente en criterios, prácticas, estudios y análisis realizados por una institución profesional y especializada en la disciplina médica; c. Verificabilidad: que se pueda corroborar con la institución médica tratante; d. Veracidad: que permita conocer la verdad sobre la atención otorgada al paciente y e. Oportunidad: mediante datos actualizados sobre el estado de salud de la persona.²³

118. La Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, “Del expediente clínico” establece que *“el expediente clínico es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud. Se trata del conjunto único de información y datos personales de un paciente, (...) integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos (...), mediante los cuales*

²³ CNDH. Recomendación General 29/2017. Ídem. párrafo 34.



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

se hace constar (...) las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como describir el estado de salud del paciente; además de (...) datos acerca del bienestar físico, mental y social (...).

119. La inobservancia de la NOM-004-SSA3-2012 ha sido objeto de múltiples pronunciamientos en materia de salud por este Organismo Nacional en diversas Recomendaciones, en las que se señalaron las omisiones en las que ha incurrido el personal médico cuando las notas médicas se encuentran incompletas, son breves e ilegibles y presentan abreviaturas, no obstante que esos documentos están orientados a dejar constancia de los antecedentes de los usuarios de los servicios médicos.

120. No obstante tales Recomendaciones, algunos médicos persisten en no dar cumplimiento a la Norma Oficial Mexicana “*Del expediente clínico*”, la cual es de observancia obligatoria para brindar una atención oportuna, responsable y eficiente a los usuarios, que se traduce en el respeto al derecho a la protección de la salud. Asimismo, las instituciones de salud son solidariamente responsables del incumplimiento de la citada norma, de manera que, como parte de la prevención, a la que la autoridad responsable está obligada, debe



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

tomar medidas para que la norma oficial mexicana respectiva se cumpla en sus términos.

121. Las irregularidades descritas en la integración del expediente clínico de V1, constituye una constante preocupación para esta Comisión Nacional, ya que representa un obstáculo para conocer los antecedentes médicos de los pacientes y su historial clínico detallado para su tratamiento a posibles enfermedades futuras, así como, para deslindar las responsabilidades que correspondan, vulnerándose también el derecho que tienen las víctimas y sus familiares a que se conozca la verdad respecto de la atención médica que se le proporcionó en las instituciones públicas de salud, las cuales son solidariamente responsables de su cumplimiento.

122. Por lo que se analizarán las irregularidades de las constancias médicas del expediente clínico de V1 enviadas a este Organismo Nacional con motivo de la queja interpuesta por V2.

D.1. Inadecuada integración del expediente clínico.

123. De las evidencias a las que se allegó este Organismo Nacional, se advirtió lo siguiente:



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

123.1. La carta consentimiento bajo información respecto del padecimiento de V1, el procedimiento recomendado y los riesgos inherentes para tratar su enfermedad, realizada el 24 de junio de 2015, carece de la firma y nombre de un segundo testigo.

123.2. La carta de consentimiento bajo información de 25 de junio de 2015, se advirtió que no está firmada por el paciente, solo firma un testigo (V3) y se omitió la hora, nombre de quien la elabora y su firma autógrafa, electrónica o digital.

123.3. La carta de consentimiento bajo información para realizar procedimiento anestésico de 26 de junio de 2018 (sic) se constató que carece de fecha correcta, nombre del paciente o responsable legal de éste, del médico y de los dos testigos.

124. Tales irregularidades transgredieron lo señalado por el artículo 82 del Reglamento de la Ley General de Salud, que establece: *“El documento en el que conste la autorización a que se refieren los Artículos 80 y 81 de este Reglamento, deberá contener: I.- Nombre de la institución a la que pertenezca el hospital; II.- Nombre, razón o*



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

*denominación social del hospital; III.- Título del documento; **IV.- Lugar y fecha;** V.- **Nombre y firma de la persona que otorgue la autorización;** **VI.- Nombre y firma de los testigos,** y VII.- Procedimiento o tratamiento a aplicar y explicación del mismo. El documento deberá ser impreso, redactado en forma clara, sin abreviaturas, enmendaduras o tachaduras”; toda vez que no cumplen con los requisitos mínimos indicados en la normatividad aplicable para los médicos adscritos al ISSSTE.*

125. De similar manera se incumplieron los puntos 5.8, 5.9, 5.10, 10, 10.1, 10.1.1.8, 10.1.1.9 y 10.1.1.10 de la NOM-004-SSA3-2012, que establecen las formalidades de la “*Carta de consentimiento bajo información y otros documentos*”, toda vez que se evidenció una falta de formalidad administrativa, máxime que las cartas de consentimiento constituyen un derecho humano que se vulnera cuando no se realizan al amparo de la ley, debido a que nulifica la capacidad del paciente a decidir respecto de los procedimientos que se realicen en su persona; irregularidad que deberá investigarse para deslindar las responsabilidades correspondientes, tomando en consideración que dicho documento es un referente en la atención médica y que generó incertidumbre en la integración del expediente.

126. Al respecto, la *Guía Nacional para la Integración y el Funcionamiento de los Comités Hospitalarios de Bioética*, establece que a través del consentimiento informado “*el personal de salud le informa en calidad y en cantidad suficiente al paciente competente, sobre la naturaleza de la enfermedad y del procedimiento diagnóstico y/o terapéutico que se propone utilizar, los riesgos y beneficios que éste conlleva, así como las posibles alternativas*”.²⁴

127. Asimismo, de las evidencias recabadas por este Organismo Nacional se advirtió:

127.1. La Nota de evolución de 25 de junio de 2015, realizada por personal del servicio de anestesiología del CMN 20 de Noviembre, se omitió la firma de la médica que la elaboró.

127.2. La hoja de “*Datos transoperatorios*” de 26 de junio de 2015, se omitió precisar el nombre del personal médico que la elaboró, y en cuanto a la hoja de “*Procedimientos*”, se observaron nombres de médicos intervinientes distintos a los señalados en la hoja de resultados quirúrgicos y, además, se omitió la firma del médico que la elaboró.

²⁴ Publicada por la Secretaría de Salud y la Comisión Nacional de Bioética en el año 2012. Anexo 4, pág. 46.



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

127.3. La Nota de interconsulta de 25 de junio de 2015, AR2 omitió su firma.

128. Tales documentales incumplieron los puntos 5.8, 5.9, 5.10, de la NOM-004-SSA3-2012, que establecen las formalidades de las “*notas médicas*”, lo que demostró una falta de formalidad administrativa, tomando en consideración la relevancia que implica que el expediente clínico cuente con todos los datos necesarios relacionados con la atención médica, a fin de que el paciente tenga la seguridad del procedimiento que está recibiendo, lo cual constituye una violación a sus derechos, debido a que nulifica la posibilidad de conocer quién está otorgando la atención y su compromiso de servicio al suscribir las notas médicas; irregularidad que deberá investigarse para deslindar las responsabilidades correspondientes, y que generó incertidumbre en la integración del expediente, más aun cuando es un referente en la atención médica.

129. Llama la atención de este Organismo Nacional que de los antecedentes clínicos de V1, se advirtió que el 27 de abril de 2015 se solicitó que en forma subrogada se le realizara una tomografía por emisión de positrones en la Unidad PET/CT de la Universidad



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

Nacional Autónoma de México, a fin de identificar enfermedad metastásica no identificada por técnicas de diagnóstico convencional con claro impacto en el manejo terapéutico; y no obstante la relevancia de dicho estudio en el seguimiento médico de V1, el mismo no se llevó a cabo, desconociéndose los motivos para ello, lo que deberá ser investigado a fin de deslindar las responsabilidades correspondientes.

130. Por todo la anterior, AR1, AR2, AR3 y AR4 incumplieron las obligaciones contenidas en el artículo 8, fracciones I y XXIV, de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, vigente al momento de los hechos, y los artículos 252 y 253 de la Ley del ISSSTE, que prevén la obligación que tienen 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, por lo que si bien la labor médica no garantiza la curación del enfermo, también lo es que el empleo de técnicas adecuadas conforme al estado actual de la ciencia médica y las circunstancias concurrentes en cada caso, contribuyen al mejoramiento de las condiciones del paciente, lo que en el caso concreto no aconteció, así como del artículo 82 del



Reglamento de la Ley General de Salud y el numeral 5.10 de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012.

E. RESPONSABILIDAD.

131. La responsabilidad de los servidores públicos del ISSSTE provino de una inadecuada atención médica en agravio de V1, toda vez que AR1 omitió realizarle a V1 una estadificación del cáncer para definir el procedimiento idóneo, asimismo no advirtió que la calificación del riesgo quirúrgico de V1 era errónea y omitió solicitar el traslado de V1 a terapia intensiva después del procedimiento quirúrgico; respecto de AR2 no realizó una adecuada valoración preoperatoria de V1, debido a que determinó la calificación del riesgo del procedimiento quirúrgico con base en estudios de laboratorio y gabinete realizados con temporalidad mayor a un año de antigüedad; en tanto que AR3 y AR4 omitieron el traslado de V1 al área de terapia intensiva, así como mantenerlo bajo vigilancia; lo que derivó en la violación a su derecho humano a la protección de la salud que le provocó la pérdida de la vida.

132. En consecuencia, con fundamento en los artículos 1º, párrafo tercero y 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

Unidos Mexicanos; 6°, fracción III; 71, párrafo segundo; 72, párrafo segundo, y 73, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, este Organismo Nacional en ejercicio de sus atribuciones presentará:

132.1. Queja ante el Órgano Interno de Control en el ISSSTE en contra de AR1, AR2, AR3 y AR4 con motivo de las irregularidades en que incurrieron en la atención médica de V1 y respecto al llenado de las cartas de consentimiento bajo información, notas médicas y otros documentos.

132.2. Denuncia ante el agente del Ministerio Público de la Federación en contra de AR1, con motivo de la atención médica proporcionada a V1.

133. La autoridad administrativa y ministerial encargadas de las investigaciones correspondientes, deberán tomar en cuenta las evidencias de esta Recomendación para que, en su caso, determinen las responsabilidades correspondientes en los hechos constitutivos de violaciones a los derechos humanos de V1.

134. No pasa desapercibido para este Organismo Nacional, que el ISSSTE determinó improcedente la queja médica con solicitud de indemnización interpuesta por V2, al señalar que la atención médica otorgada al quejoso fue la adecuada, sin embargo, como ya se ha señalado en la presente Recomendación, atendiendo a la opinión médica realizada por especialistas de este Organismo Nacional, se considera que la causa del fallecimiento de V1 no fue derivado de sus padecimientos, sino de la inadecuada valoración prequirúrgica y decisión quirúrgica, así como de no haber considerado los factores de riesgo (cardiopatía y alteración metabólica) que hacían susceptible de complicar el procedimiento y el inadecuado seguimiento posquirúrgico, al no valorar los “*informes de medición*” que le fueron practicadas al paciente, en las que presentaba un descontrol metabólico.

135. Por otra parte, la determinación que emitió el área de quejas del OIC en el ISSSTE, en el sentido de que no contó con elementos de convicción que advirtieran una presunta responsabilidad administrativa de dichos servidores públicos; sin embargo, del estudio de dichas evidencias, el citado órgano omitió considerar la nota de evolución de 25 de junio de 2015, emitida por personal de dicho nosocomio, en la que se determinó al paciente, con riesgo alto; así



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

como los informes de medición del paciente, durante y posterior a la cirugía que determinaban un “*descontrol metabólico*”, aunado a ello, no se consideró que la calificación del riesgo fue basada en estudios de laboratorio con más de un año de antigüedad; en consecuencia, la autoridad administrativa deberá tomar en cuenta las evidencias y consideraciones contenidas en esta Recomendación para que, en su caso, inicie el procedimiento administrativo de AR1, AR2, AR3 y AR4, como se ha analizado en la presente Recomendación.

136. Con independencia de la resolución que emita el Órgano Interno de Control del ISSSTE, se deberá anexar copia de la presente Recomendación en los expedientes laborales de AR1, AR2, AR3 y AR4.

F. REPARACIÓN DEL DAÑO.

137. Una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño derivado de la responsabilidad profesional e institucional, consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente, y otra es el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1º, párrafo tercero, 108 y 109 de la



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 44, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 65 inciso c) de la Ley General de Víctimas, que 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 su 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 debe investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos establecidos en la ley.

138. Para tal efecto, en términos de los artículos 1, párrafos tercero y cuarto, 2, fracción I, 7, fracciones I, III y VI, 26, 27, fracciones I, II, III, IV y V, 62, fracción I, 64, fracciones I, II y VII, 65 inciso c), 74, fracción VI, 75 fracción IV, 88, fracción II y XXIII, 96, 97, fracción I, 106, 110, fracción IV, 111, fracción I, 112, 126, fracción VIII, 130 y 131 de la Ley General de Víctimas, y 38 a 41 (Compensación a víctimas de violación a derechos humanos cometidas por autoridades federales) y demás aplicables del *“Acuerdo del Pleno por el que se emiten los Lineamientos para el funcionamiento del Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral”* de la Comisión Ejecutiva de Atención a



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

Víctimas, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 15 de enero de 2015, y el *“Acuerdo por el que se reforman diversas disposiciones del Acuerdo por el que se emiten los Lineamientos para el funcionamiento del Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral”*, publicado también en el Diario Oficial de la Federación del 4 de mayo de 2016 y al acreditarse violaciones a los derechos humanos a la protección de la salud de V1 que derivó en la pérdida de su vida, se deberá inscribir a V2, V3, V4 en el Registro Nacional de Víctimas a cargo de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas para que tengan acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, para lo cual, este Organismo Nacional remitirá copia de la presente Recomendación a la citada Comisión Ejecutiva.

139. En los artículos 18, 19, 20, 21, 22 y 23 de los *“Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del derecho internacional humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones”* de las Naciones Unidas y en diversos criterios de la CrIDH, se considera que para garantizar a las víctimas la reparación integral, proporcional a la gravedad de la violación y las circunstancias de cada caso, es necesario cumplir los principios de restitución, rehabilitación, compensación, satisfacción,



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

garantías de no repetición, obligación de investigar los hechos, así como identificar, localizar, detener, juzgar y, en su caso, sancionar a los responsables.

140. En el “Caso *Espinoza González vs. Perú*”, la CrIDH asumió que: *“(...) toda violación de una obligación internacional que haya producido daño comporta el deber de repararlo adecuadamente y que la disposición recoge una norma consuetudinaria que constituye uno de los principios fundamentales del Derecho Internacional contemporáneo sobre responsabilidad de un Estado”,* además precisó que *“(...) las reparaciones deben tener un nexo causal con los hechos del caso, las violaciones declaradas, los daños acreditados, así como las medidas solicitadas para reparar los daños respectivos”*²⁵.

141. Sobre el “deber de prevención”, la CrIDH sostuvo que: *“(...) abarca todas aquellas medidas de carácter jurídico, político, administrativo y cultural que promuevan la salvaguarda de los derechos humanos y que aseguren que las eventuales violaciones a los mismos sean efectivamente consideradas y tratadas como un*

²⁵ Sentencia de 20 de noviembre de 2014. Excepciones, Preliminares, Fondos, Reparaciones y Costas, párrafos 300 y 301.



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

*hecho ilícito que, como tal, es susceptible de acarrear sanciones para quien las cometa, así como la obligación de indemnizar a las víctimas por sus consecuencias perjudiciales. No es posible hacer una enumeración detallada de esas medidas, que varían según el derecho de que se trate y según las condiciones propias de cada Estado Parte (...)*²⁶.

142. Esta Comisión Nacional considera procedente la reparación de los daños ocasionados, en los términos siguientes:

i. Rehabilitación.

143. De conformidad con la Ley General de Víctimas, se deberá brindar a V2 y demás familiares que conforme a derecho corresponda, atención psicológica y tanatológica, en caso de que lo requieran, la cual deberá ser proporcionada por personal profesional especializado y prestarse atendiendo a su edad y especificidades de género, de forma continua hasta su sanación física, psíquica y emocional con motivo del fallecimiento de V1.

²⁶ “Caso Velásquez Rodríguez vs. Honduras” Sentencia del 29 de julio de 1988, Fondo, p. 175.



144. Esta atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible para las víctimas indirectas, con su consentimiento, brindando información previa clara y suficiente. Los tratamientos deben ser provistos por el tiempo que sea necesario, y deben incluir la provisión de medicamentos.

ii. Satisfacción.

145. En el presente caso, la satisfacción comprende que el ISSSTE colabore ampliamente con este Organismo Nacional en la queja administrativa y en la denuncia que se presenten en contra del personal ya referido, a fin de que se dé cabal cumplimiento a sus determinaciones y requerimientos.

iii. Garantías de no repetición.

146. Consisten en implementar las medidas que sean indispensables para evitar la repetición de hechos violatorios de derechos humanos y contribuir a su prevención, por ello, el Estado deberá adoptar las medidas legales, administrativas y de otra índole para hacer efectivo el ejercicio de los derechos de las víctimas.



147. Por tanto, las autoridades del ISSSTE deberán implementar un curso integral en el término de tres meses contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, a todo el personal médico del servicio de oncología del CMN 20 de Noviembre sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos, que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionados con el derecho a la protección a la salud, así como la debida observancia y contenido de la Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico y las guías de práctica clínica citadas en el cuerpo de la presente recomendación; a fin de prevenir hechos similares a los que dieron origen a la presente Recomendación, mismos que se impartirán por personal calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos. El contenido de dicho curso deberá estar disponible de forma electrónica y en línea para que puedan ser consultado con facilidad.

148. En el término de un mes a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se deberá emitir una circular en la que se instruya a las personas servidoras públicas del CMN 20 de Noviembre, a fin de que adopten medidas efectivas de prevención que permitan garantizar que los expedientes clínicos que se generen con motivo de la atención médica que brindan, se encuentren debidamente integrados,



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional, y en las normas oficiales mexicanas correspondientes.

149. En el término de un mes a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se deberá emitir una circular en la que se exhorte al personal médico del servicio de oncología del CMN 20 de Noviembre, cuando así proceda, a someterse al proceso de certificación y recertificación ante los Consejos de Especialidades Médicas para brindar un servicio médico adecuado y profesional, así como para atender casos similares al que nos ocupa, con debida diligencia.

150. Lo anterior, de conformidad con lo previsto en el *“Acuerdo por el que se emiten los Lineamientos a que se sujetarán el Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas y los Consejos de Especialidades Médicas a los que se refiere el artículo 81 de la Ley General de Salud para la aplicación de lo dispuesto por el numeral 272 Bis y el Título Cuarto de dicha ley”²⁷*, en el que se especifican los trámites para allegarse de la referida certificación.

iv. Compensación.

²⁷ Secretaría de Salud. Diario Oficial de la Federación de 25 de marzo de 2015.



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

151. La compensación consiste en reparar el daño causado, sea material o inmaterial. El daño inmaterial, como lo determinó la CrIDH, comprende: *“(...) tanto los sufrimientos y las aflicciones causados a la víctima directa y a sus allegados, el menoscabo de valores muy significativos para las personas, así como las alteraciones, de carácter no pecuniario, en las condiciones de existencia de la víctima o su familia”²⁸.*

152. El ISSSTE, en coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas deberá valorar el monto de la indemnización de conformidad con las consideraciones expuestas, para lo cual, se remitirá copia de la presente Recomendación para que, en el ejercicio de sus atribuciones proceda conforme a Derecho.

En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos se permite formular respetuosamente a Usted, Director General del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, las siguientes:

V. RECOMENDACIONES.

²⁸ “Caso Palamara Iribarne Vs. Chile” Sentencia del 22 de noviembre de 2005, Reparaciones y Costas, p. 244.



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

PRIMERA. En coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, conforme a los hechos y responsabilidades atribuidas en la presente Recomendación, se brinde la reparación integral a V2, V3 y V4, que incluya compensación con motivo del deceso de V1, en términos de la Ley General de Víctimas, así como se les inscriba en el Registro Nacional de Víctimas, se les otorgue, en su caso, atención psicológica y tanatológica con base en las consideraciones planteadas, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Colabore con este Organismo Nacional en la queja que se presente ante el Órgano Interno de Control en el ISSSTE en contra de AR1, AR2, AR3 y AR4, debiendo enviar a este Organismo Nacional las constancias que avalen su cumplimiento.

TERCERA. Se colabore en la integración de la carpeta de investigación con motivo de la denuncia de hechos que este Organismo Nacional formulará ante el Agente del Ministerio Público de la Federación en contra de AR1 por la inadecuada atención médica proporcionada a V1, y remita a esta Comisión Nacional, las constancias que acrediten dicha colaboración.



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

CUARTA. Se deberá anexar copia de la presente Recomendación en los expedientes laborales de AR1, AR2, AR3 y AR4, por lo cual se deberá enviar a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

QUINTA. Diseñar e impartir en el término de tres meses contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral a todo el personal médico del servicio de oncología del CMN 20 de Noviembre sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos, que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionados con el derecho a la protección a la salud, así como la debida observancia y contenido de la Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico y las guías de práctica clínica citadas en el cuerpo de la presente recomendación. De igual forma, deberá estar disponible de forma electrónica y en línea para que pueda ser consultado con facilidad, y se remitan a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

SEXTA. Se giren instrucciones para que en el término de un mes a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se emita una circular en la que se instruya a las personas servidoras públicas del CMN 20 de Noviembre, a fin de que adopten medidas efectivas de



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

prevención que permitan garantizar que los expedientes clínicos que se generen con motivo de la atención médica que brindan, se encuentren debidamente integrados, conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional, y en las normas oficiales mexicanas correspondientes; y se envíe a este Organismo Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SÉPTIMA. Se giren las instrucciones para que en el término de un mes contado a partir de la aceptación de la presente Recomendación, se emita una circular dirigida al personal médico del servicio de oncología del CMN 20 de Noviembre, en la que se exhorte, cuando así proceda, a someterse al proceso de certificación y recertificación ante los Consejos de Especialidades Médicas para brindar un servicio médico adecuado y profesional, así como para atender con diligencia casos similares al que nos ocupa, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

OCTAVA. Designar a la persona servidora pública de alto nivel de decisión que fungirá como enlace con esta Comisión Nacional, para dar seguimiento al cumplimiento de la presente Recomendación, y en caso de ser sustituida, deberá notificarse oportunamente a este Organismo Nacional.



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

153. 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 de hacer una declaración respecto de las conductas irregulares cometidas por las personas servidoras públicas 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 u otras autoridades competentes para que conforme a sus atribuciones, se apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.

154. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 46, segundo párrafo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, solicito a Usted que la respuesta sobre la aceptación de esta Recomendación, en su caso, se informe dentro del término de quince días hábiles siguientes a su notificación. De no hacerlo así, concluido el plazo, dará lugar a que se interprete que no fue aceptada.

155. Con el mismo fundamento jurídico le solicito, en su caso, que las pruebas correspondientes al cumplimiento de la Recomendación se



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

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 su aceptación.

156. Cuando las Recomendaciones no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o personas servidoras públicas, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos quedará en libertad de hacer pública esa circunstancia y, con fundamento en los artículos 102, apartado B, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y 15, fracción X y 46 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, podrá solicitar al Senado de la República o en sus recesos a la Comisión Permanente de esa Soberanía, así como a las Legislaturas de las entidades federativas que requieran su comparecencia, a efecto de que expliquen el motivo de su negativa.

LA PRESIDENTA



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

MTRA. MARÍA DEL ROSARIO PIEDRA IBARRA