



RECOMENDACIÓN No. 140 /2021

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD DE V, PERSONA MAYOR Y AL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES EN EL HOSPITAL REGIONAL “1° DE OCTUBRE” DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO, EN LA CIUDAD DE MÉXICO.

Ciudad de México, a 20 de diciembre de 2021.

**DR. PEDRO MARIO ZENTENO SANTAELLA
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, 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/1/2017/5665/Q**, sobre la queja presentada por V.

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 en términos de lo establecido en los artículos 4º, párrafo segundo de la



Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 78 y 147 de su Reglamento Interno; 68, fracción VI, y 116, párrafos primero y segundo, de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública; 3, 11 fracción VI, 16 y 113 párrafo último, 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, dicha información se pondrá en conocimiento de la autoridad recomendada a través de un listado adjunto en que se describe el significado de las claves utilizadas, con el deber de dictar las medidas de protección de los datos correspondientes.

3. Para mejor comprensión del presente documento, las claves, denominaciones y abreviaturas utilizadas para las distintas personas involucradas en los hechos, son los siguientes:

Claves	Denominación
V	Víctima
AR	Autoridad Responsable
SP	Persona Servidor/a Público/a

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

Institución	Acrónimo
Comisión Nacional de los Derechos Humanos	Comisión Nacional, CNDH, Organismo Nacional.



Institución	Acrónimo
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado "ISSSTE"	ISSSTE
Hospital Regional "1° de Octubre" del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, en la Demarcación Territorial Gustavo A. Ciudad de México.	Hospital Regional "1° de Octubre"
Servicio de Hematología del Hospital Regional "1° de Octubre" del ISSSTE	Servicio de Hematología
Servicio de Medicina Interna del Hospital Regional "1° de Octubre" del ISSSTE	Servicio de Medicina Interna
Servicio de Cirugía General del Hospital Regional "1° de Octubre" del ISSSTE	Servicio de Cirugía General
Servicio de Patología del Hospital Regional "1° de Octubre" del ISSSTE	Servicio de Patología
Servicio de Psiquiatría del Hospital Regional "1° de Octubre" del ISSSTE	Servicio de Psiquiatría
Servicio de Dermatología del Hospital Regional "1° de Octubre" del ISSSTE	Servicio de Dermatología
Servicio de Reumatología del Hospital Regional "1° de Octubre" del ISSSTE	Servicio de Reumatología
Servicio de Medicina de Rehabilitación del Hospital Regional "1° de Octubre" del ISSSTE	Servicio de Rehabilitación
Servicio de Neurocirugía y Cirugía de Columna del Hospital Regional "1° de Octubre" del ISSSTE	Servicio de Neurocirugía y Cirugía de Columna
Clínica de Medicina Familiar "Guadalupe" del ISSSTE	CMF



Institución	Acrónimo
Comisión Nacional de Arbitraje Médico	CONAMED
Guía de Referencia Rápida, Linfomas No Hodgkin en el Adulto	Guía de Linfomas en Adulto
Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica	Reglamento de la Ley de Salud
Reglamento de Servicios Médicos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.	Reglamento de Servicios Médicos ISSSTE
Normal Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, "Del Expediente Clínico".	NOM-004-SSA3-2012
Corte Interamericana de Derechos Humanos.	CIDH

I. HECHOS.

5. V refirió que en el año 2014 acudió al Hospital Regional "1° de Octubre" del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado donde se le dio un diagnóstico erróneo de [REDACTED] por lo cual aparentemente se le sometió en forma indebida a un tratamiento de quimioterapia, consideración a la que arribó en virtud de que por iniciativa propia se realizó estudios clínicos en un hospital particular, en el que le informaron que nunca tuvo [REDACTED]

6. Preciso que en el mes de enero de 2015 un médico adscrito en el citado Hospital Regional durante una consulta le mostró su expediente, en el cual confirmó

¹ Cáncer que aparece en los leucocitos (glóbulos blancos), el sistema linfático y la médula ósea



que nunca padeció [REDACTED] y que el tratamiento que se le proporcionó en el ISSSTE solamente le causó consecuencias a su salud.

7. Por ello, esta Comisión Nacional tramitó el expediente de queja, radicado con el número de expediente **CNDH/1/2017/5665/Q**, y con el fin de analizar las probables violaciones a derechos humanos, el ISSSTE remitió los resúmenes médicos y el expediente clínico de V, cuya valoración lógico-jurídica será objeto de análisis en el capítulo de Observaciones y Análisis de las pruebas de esta Recomendación.

II. EVIDENCIAS.

8. Escrito de queja de 20 de julio de 2017, por el cual V narró la atención médica que le fue proporcionada en el Hospital Regional “1º de Octubre”, la que consideró fue inadecuada.

9. Acta circunstanciada de 3 de agosto de 2017, elaborada por personal de este Organismo Nacional, en la cual se comunicó con V, quien reiteró los hechos de su queja en contra de la persona servidora pública del ISSSTE e indicó que derivado de la negligencia médica que sufrió, le quemaron el nervio neuropático y no puede caminar bien.

10. Oficio SG/SAD/JSCDQR/DAQMA/2464-1/17 de 26 de septiembre de 2017, suscrito por la Jefa de Departamento de Atención a Quejas Médicas y Administrativas de la Subdirección de Atención al Derechohabiente del ISSSTE, mediante el cual se adjuntó la siguiente información:

- 10.1.** Solicitud de referencia de 21 de febrero de 2014, donde la CMF solicita la atención médica de V al Hospital Regional “1° de Octubre”.
- 10.2.** Nota de evolución del Servicio de Hematología del 26 de marzo de 2014, mediante la cual AR indicó que V cursaba con adenopatías² las que por sus características consideró **SEXO** a hospitalización para realizar protocolo de estudio.
- 10.3.** Nota de evolución de 2 de marzo de 2014 (sic), por personal del Servicio de Medicina Interna el que programó estudio de tomografía y realizó interconsulta al Servicio de Cirugía Oncológica y a Cirugía General para la toma de biopsia ganglionar.
- 10.4.** Hoja de ingreso hospitalario de V, de 28 de marzo de 2014 del Hospital Regional “1° de Octubre” con diagnóstico de adenomegalias³ en estudio.
- 10.5.** Nota de ingreso al Servicio de Medicina Interna de 28 de marzo de 2014, en la que personal médico de esa área, asentó se debían realizar los estudios: panel viral, Torch, y biopsia de ganglio para descartar diagnósticos patológicos e infecciosos.
- 10.6.** Nota de evolución de 1 de abril de 2014, elaborada por AR, quien valoró a V, encontrándola con adenomegalias de 2 a 3 centímetros bilaterales, con diversos estudios de laboratorio, pendiente de tomografía toracoabdominal y biopsia de ganglio cervical.

² Enfermedad en los ganglios linfáticos

³ Aumento anormal del tamaño de los ganglios linfáticos.

- 10.7.** Nota de evolución de 2 de abril de 2014, elaborada por personal médico del Servicio de Medicina Interna, donde se valoró a V, a quien apreciaron con marcadores tumorales negativos; [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] así como [REDACTED]
- 10.8.** Nota de evolución de 3 de abril de 2014, elaborada por AR, en la que se estableció que V podía ser egresada para esperar el resultado de biopsia de ganglio.
- 10.9.** Informe Anatomopatológico a nombre de V de 8 de abril de 2014, emitido por SP7, con diagnóstico clínico de probable **padecimiento** en estudio, que requería descartar **padecimiento**, por lo cual era indispensable el estudio de inmunohistoquímica⁵.
- 10.10.** Hoja de egreso hospitalario del 4 de abril de 2014, elaborada por personal del Hospital Regional “1° de Octubre” y se realizó el resumen clínico de V durante su internamiento.
- 10.11.** Estudio de inmunohistoquímica de 12 de abril de 2014, realizado por el Laboratorio, referencia de Hospital Regional “1° de Octubre”, respecto de V, en el que se asentó el diagnóstico: Ganglio linfático: **Descripción padecimiento** [REDACTED].

⁴ De acuerdo a la Opinión Médica emitida por este Organismo Nacional, se refiere a memoria de infecciones por virus y parásitos.

⁵ Método de laboratorio para el que se usan anticuerpos a fin de determinar si hay ciertos antígenos (marcadores) en una muestra de tejido.

10.12. Nota de evolución de consulta externa del Servicio de Hematología de 15 de abril de 2014, elaborada por AR, en la que reportó a V con diagnóstico de **padecimiento**; quien indicó: “No se cuenta con [REDACTED] y prescribió [REDACTED] como tratamiento.

10.13. Solicitud de interconsulta para V al Servicio de Psiquiatría de 15 de abril de 2014 realizada por AR, en la que se requirió seguimiento en ese nosocomio.

10.14. Nota de indicaciones de **Tratamiento médico** de 15 de abril de 2014, elaborada por AR en la que se prescribió primer ciclo de **Tratamiento médico**⁶.

10.15. Nota de consulta externa de 28 de abril de 2014, emitida por SP2 en la que V señaló que desde el diagnóstico de **padecimiento** mostró aumento de **Descripción sintomatología**
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED].

10.16. Nota de consulta externa de 15 de mayo de 2014, elaborada por AR, en la cual le informó a V de las complicaciones asociadas a la **Tratamiento médico**, donde indico el segundo ciclo de **Tratamiento médico**, aun sin contar con los resultados de [REDACTED]

⁶ **Descripción tratamiento médico**
[REDACTED]

- 10.17.** Nota de indicaciones de **Tratamiento médico** de 15 de mayo de 2014, elaborada por AR en la que se prescribió segundo ciclo de **tratamiento médico**.
- 10.18.** Nota de consulta externa de 2 de junio de 2014, suscrita por SP2, quien la reportó con **Descripción sintomatología**
[REDACTED]
[REDACTED].
- 10.19.** Nota de consulta externa de 4 de junio de 2014, elaborada por AR, en la cual se indicó tercer ciclo de **Tratamiento médico**.
- 10.20.** Nota de indicaciones de **Tratamiento médico** para V del 4 de junio de 2014, elaborada por AR para recibir tercer ciclo **tratamiento médico**.
- 10.21.** Nota de consulta externa de 30 de junio de 2014, emitida por AR, mediante la cual V mencionó presentar disestesias generalizadas, por lo que AR indicó cuarto ciclo **Tratamiento médico** y suspendió el medicamento **Medicamento especializado**.
- 10.22.** Nota de indicaciones de quimioterapia de 30 de junio de 2014, elaborada por AR en la que se prescribió cuarto ciclo **tratamiento médico**.
- 10.23.** Nota de consulta externa de 7 de julio de 2014, realizada por SP2, quien reportó a V con **sintomatología**.
- 10.24.** Nota de consulta externa de 23 de julio de 2014, emitida por AR mediante la cual se reiteró que V padecía **padecimiento**, así como presentó rinorrea hialina desde el inicio de la **tratamiento médico** indicada por AR hasta el quinto ciclo de **tratamiento médico**.

- 10.25.** Nota de indicaciones de quimioterapia de 23 de julio de 2014, elaborada por AR en la que se prescribió quinto ciclo **tratamiento médico**.
- 10.26.** Nota de consulta externa de 12 de agosto de 2014, realizado por SP2 en la que reportó a V **sintomatología**, quien refirió que ya no quería continuar con el tratamiento de **tratamiento médico**.
- 10.27.** Nota de consulta externa de 13 de agosto de 2014, suscrita por AR, mediante la cual reportó que a V se le **sintomatología** durante las noches, indicando sexto ciclo de **tratamiento médico** por presentar V **sintomatología**.
- 10.28.** Nota de indicaciones de **tratamiento médico** de 13 de agosto de 2014, elaborada por AR en la que se prescribió sexto ciclo **tratamiento médico**.
- 10.29.** Nota de consulta externa de 18 de septiembre de 2014, suscrita por SP2, quien reportó a V con **sintomatología**.
- 10.30.** Nota de consulta externa de 13 de octubre de 2014, emitida por AR, en la que V se encontraba en la post **tratamiento médico** del sexto ciclo **tratamiento médico**, citándola en tres semanas para realización de tomografía para vigilancia.
- 10.31.** Estudio de tomografía de tórax simple y contrastado I.V. de 20 de octubre de 2014, realizado por personal del Hospital Regional "1º de Octubre", en el que se indicó **Descripción resultado estudio**.

10.32. Nota de consulta externa de 24 de diciembre de 2014, emitida por AR, quien reportó a V con diagnóstico de **padecimiento**, consideró una remisión parcial.

10.33. Estudio de Patología Quirúrgica e Inmunohistoquímica de 28 de enero de 2015, elaborado por Hospital, solicitado por SP1, respecto de V, de dos bloques de parafina de los cuales se realizó nuevos cortes para estudio; en el que se diagnosticó: **resultado estudio**

10.34. Nota de consulta externa de 29 de enero de 2015, en la que SP2 reportó a V con **sintomatología**, continuando con efectos secundarios de la **tratamiento médico**, por lo que continuó con manejo establecido.

10.35. Informe médico de 25 de febrero de 2015 signado por AR, mediante el cual refirió antecedentes y tratamiento de V.

10.36. Solicitud de interconsulta de 2 de marzo de 2015, realizada por SP1, por tratarse de paciente con **sintomatología**

- 10.37.** Nota de consulta externa de 2 de marzo de 2015, en el que SP1 reportó a V con diagnóstico de linfadenopatía por inmunohistoquímica, sin evidencia de **padecimiento** y solicitó interconsulta al Servicio de Dermatología.
- 10.38.** Solicitud de interconsulta de 2 de marzo de 2015, realizada por SP1 al Servicio de Dermatología, mediante la cual se solicitó valoración por lesiones dérmicas, manchas hipercrómicas en axilas y otro.
- 10.39.** Nota de consulta externa de 02 de marzo de 2015, en la que SP1 reportó a V con diagnóstico de linfadenopatía por inmunohistoquímica, sin evidencia de **padecimiento** y solicitó interconsulta al Servicio de Dermatología.
- 10.40.** Nota de consulta externa de 24 de marzo de 2015, en la que SP2 reportó a V con **sintomatología**.
- 10.41.** Nota de consulta externa de 27 de marzo de 2015, suscrita por SP3, quien realizó el diagnóstico de V con **padecimiento** y le prescribió tratamiento.
- 10.42.** Nota de consulta externa de 8 de mayo de 2015, elaborada por SP4, en la que reportó a V con presencia de artralgias, refiriendo V que comenzó en agosto de 2014 posterior a ciclos de **tratamiento médico** con **sintomatología**
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED], por lo que prescribió tratamiento.
- 10.43.** Queja de 13 de mayo de 2015 interpuesta por V ante el Comité de Quejas Médicas del ISSSTE, por la atención que recibió en el Hospital

Regional “1° de Octubre, en la que solicitó una indemnización y pensión vitalicia, ya que derivado de las **tratamiento médico** quedó con secuelas.

10.44. Informe médico de 21 de mayo de 2015 signado por AR, mediante el cual refirió la atención médica que proporcionó a V.

10.45. Resumen clínico de 22 de mayo de 2015 signado por SP1, mediante el cual refirió que los resultados de las **estudio médico** de V se reportaron como **resultado estudios**.

10.46. Queja de 1 de junio de 2015 interpuesta por V, ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), por considerar que recibió una inadecuada atención médica por parte del personal del Hospital Regional “1° de Octubre”.

10.47. Nota de consulta externa de 3 de junio de 2015, en la que SP1 descartó **padecimiento** por tercera revisión de inmunohistoquímica en el Hospital, con presencia de **sintomatología** y solicitó valoración por los Servicios de Medicina Física y Rehabilitación.

10.48. Nota de ingreso de 30 de junio de 2015 emitida por SP5, estableciendo el diagnóstico de probable **padecimiento**, así como plan y tratamiento a seguir.

10.49. Nota de consulta externa de 13 de julio de 2015, en la que SP2 continuó con tratamiento para V con **tratamiento médico**.

10.50. Reporte de estudios neurofisiológicos de 15 de julio de 2015 en la que SP5 concluyó “(...) **resultado estudio**”.

resultado estudio

(...)”.

10.51. Nota del Servicio de Rehabilitación de 18 de agosto de 2015, en la que SP5 indicó que V acudió a revaloración posterior a recibir sesiones de terapia física, aun con **sintomatología** del dolor.

10.52. Nota de consulta externa de 19 de agosto de 2015, en la que SP1, reportó a V con **sintomatología**.

10.53. Nota de 19 de octubre de 2015, en la que SP5 asentó que V presentó evolución tórpida, a pesar de manejo en terapia física y medicaciones, persistiendo alteraciones sensoriales, sugiriendo valoración por el Servicio de Neurología, indicando alta del servicio por nula mejoría.

10.54. Nota de consulta externa de 27 de octubre de 2015, en la que SP2 reportó a V con **sintomtología**, continuando con manejo establecido.

10.55. Nota de consulta externa de 11 enero de 2017, en la que SP2 reportó a V con **sintomatología**

⁷ Sustancias que alteran la forma en que los nervios se comunican entre sí y, en consecuencia, el nivel de actividad general del cerebro

tratamiento médico y la citó a los dos meses.

11. Oficio 090201.1/043/Q-042-15/16-03 de 4 de abril de 2016, suscrito por el entonces Director Médico del Hospital Regional “1º de Octubre”, por el que remitió los siguientes documentos:

11.1. Informe médico de 28 de marzo de 2016, signado por SP4, respecto de la atención médica otorgada a V.

11.2. Informe médico patológico de 31 de marzo de 2016, emitido por SP7, respecto a la atención médica otorgada a V, en la que refirió que la muestra de la **estudio médico** fue enviada para el estudio de inmunohistoquímica del día 4 de abril de 2014, recibiendo el resultado de dicho estudio el 12 de abril del mismo año, en donde se descartó **padecimiento**, emitiendo como resultado de inmunohistoquímica: **padecimiento**.

11.3. Informe médico de 15 de septiembre de 2017, suscrito por SP1, mediante el cual informó sobre la atención médica que le brindó a V.

12. Acta de la Décima Quinta Sesión Ordinaria 2016 del Comité de Quejas Médicas del ISSSTE de 1 de agosto de 2016, en la que se estableció que la solicitud de V, era improcedente al no existir deficiencia, negativa o imposibilidad institucional. No ha lugar al pago de indemnización.

13. Acta de audiencia de conciliación de 30 de agosto de 2016 de la CONAMED, respecto a la atención brindada a V en el ISSSTE, la cual determinó resolver como



improcedente, en la que V refirió no estar de acuerdo, por lo que se concluyó el expediente como no conciliado, dejando a salvo los derechos de V.

14. Oficio No. 090201.1/011/Q-004/2018-01 de 31 de enero de 2018, suscrito por el entonces Director del Hospital Regional “1° de Octubre”, al cual agregó lo siguiente:

14.1. Resumen médico sin fecha signado por SP2, mediante el cual refirió la atención médica que proporcionó a V.

15. Oficio SG/SAD/JSCDQR/950-1/18 de 23 de marzo de 2018, suscrito por el Jefe de Servicios de Conciliación y Dictaminación de Quejas y Reembolsos de la Subdirección de Atención al Derechohabiente del ISSSTE, en el que refiere al diverso 090201.1/009/Q-004/2018-01 del 25 de enero de 2018, suscrito por el entonces Director del Hospital Regional “1° de Octubre”, y por el cual se remitió lo siguiente:

15.1. Informe médico de 24 de enero de 2018 signado por SP6, mediante el cual refirió la atención médica que proporcionó a V.

16. Certificado médico de estado físico de V de 12 de noviembre de 2018, elaborado por personal de la Coordinación de Servicios Periciales de esta Comisión Nacional

17. Opinión médica de 13 de mayo de 2019, suscrita por personal médico forense de esta Comisión Nacional en la cual plasmó sus consideraciones técnicas



respecto a la atención médica proporcionada a V en el Hospital Regional “1° de Octubre”.

III. SITUACIÓN JURÍDICA.

18. El 13 de mayo de 2015, V inició el Procedimiento 2, ante el Comité para la Atención de Quejas Médicas en el ISSSTE, “a causa de las **tratamiento médico** que le dejaron diversas secuelas”.

19. El 1 de junio de 2015, V inició el Procedimiento 1, ante la CONAMED, la cual se registró como procedimiento conciliatorio.

20. El 1 de agosto de 2016, el Comité para la Atención de Quejas Médicas en el ISSSTE, resolvió mediante sesión ordinaria, que la solicitud de V, era improcedente al no existir deficiencia, negativa o imposibilidad institucional. No ha lugar al pago de indemnización.

21. El 30 de agosto de 2016, dentro del Procedimiento Conciliatorio se realizó la audiencia de conciliación, en la cual se concluyó el expediente como no conciliado, dejando a salvo los derechos de V a fin de que los hiciera valer en la vía y forma que a su interés conviniera; en consecuencia, no se dio vista al Órgano Interno de Control en dicho Instituto.

IV. OBSERVACIONES Y ANÁLISIS DE PRUEBAS.

22. Del análisis lógico jurídico de los hechos y evidencias que integran el expediente **CNDH/1/2017/5665/Q**, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de



la Ley de la CNDH 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 CIDH, se contó con evidencias que acreditan las siguientes violaciones a los derechos humanos atribuibles a AR, adscrita al Servicio de Hematología, siendo las siguientes:

22.1. A la protección de la salud.

22.2. Situación de vulnerabilidad de las personas mayores.

23. Lo anterior en razón a las consideraciones expuestas en el presente apartado.

A. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD.

24. 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.⁸

25. El artículo 4, párrafo cuarto, de la Constitución Federal reconoce el derecho de toda persona a la protección de la salud.

⁸ CNDH. Recomendaciones 66/2016, párrafo 28; 14/2016, párrafo 28; 75/2017, párrafo 25 y 75/2018, párrafo 19.



26. 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 (...)”*.⁹

27. Al respecto, este Organismo Nacional el 23 de abril del 2009, emitió la Recomendación General 15, *“sobre el derecho a la protección de la salud”*, en la que se aseveró que: *“(...) el desempeño de los servidores públicos de las instituciones de salud es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se garantice, (...) la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, 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”*.¹⁰

⁹ Semanario Judicial de la Federación, abril de 2009, registro 167530.

¹⁰ CNDH. III. Observaciones, párrafo cuarto.



28. El párrafo primero 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 (...)"*.

29. El artículo XI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, establece que *"toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas (...) a la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad"*.

30. El párrafo 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 (...) aplicación de los programas de salud elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la adopción de instrumentos jurídicos concretos (...)"*.¹¹

31. En los artículos 10.1 así como en los incisos a) y d) del 10.2, del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (*"Protocolo de San Salvador"*), se reconoce que todas las personas tienen derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, por lo que el Estado debe adoptar medidas para garantizar dicho derecho.

¹¹ *"El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud"*, aprobada por la Asamblea General de la ONU.



32. La CIDH en el “Caso Vera Vera y otra vs Ecuador”¹² indicó que: “(...) los derechos a la vida y a la integridad personal se hallan directa e inmediatamente vinculados con la atención a la salud humana (...)”.

33. De las evidencias analizadas, se advirtió que AR, adscrita al Servicio de Hematología omitió brindar a V, la atención médica adecuada de su calidad de garante conferida por las derivadas de las fracciones I y II del artículo 33 de la Ley General de Salud, en concordancia con el numeral 22 del Reglamento de Servicios Médicos del ISSSTE, vigentes al momento de los hechos, lo que se tradujo en la evidente 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 V por inadecuada atención médica.

34. Previo al análisis de las acciones y omisiones en que incurrió personal médico del Servicio de Hematología, se señalarán los antecedentes clínicos de V.

35. V presentó diagnóstico de cáncer de mama negativo a malignidad (último en enero de 2013), hipertensión arterial sistémica de 20 años de evolución, hipotiroidismo diagnosticado en el año 2000, trastorno depresivo de 20 años de evolución y riñón ectópico del lado derecho desde nacimiento, entre otros.

¹² Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 19 de mayo de 2011, párrafo 43.



❖ **Atención médica en la CMF.**

36. V acudió el 21 de febrero de 2014, a la CMF, donde se le otorgó la atención médica en el segundo nivel de atención, derivado de una **sintomatología** [REDACTED], por lo que fue referida al Hospital Regional “1° de Octubre”; como se desprende de la Solicitud de referencia de 21 de febrero de 2014.

❖ **Atención médica en el Hospital Regional “1° de Octubre”**

37. V acudió al Servicio de Hematología el 26 de marzo de 2014, donde fue valorada por AR, quien después de realizarle la exploración física respectiva, informó que V cursaba con adenopatías y consideró por sus características generales ingresarla a hospitalización para realizarle protocolo de estudio, así como interconsulta al Servicio de Cirugía para valorar **padecimiento** [REDACTED] e informar plan a seguir; como se advirtió de la Nota de evolución del Servicio de Hematología del 26 de marzo de 2014, elaborada por AR.

38. V permaneció hospitalizada en el Servicio de Medicina Interna del 28 de marzo al 4 de abril de 2014, por el diagnóstico de **sintomatología** [REDACTED]
[REDACTED] por lo que se realizó protocolo de estudios para descartar un proceso maligno como **padecimiento** [REDACTED] o una respuesta inmune ante un proceso funcional, el tratamiento dependería de la causa; como se verificó con la Hoja de ingreso hospitalario de V, de 28 de marzo de 2014 del Hospital Regional



“1° de Octubre” y con la Nota de ingreso al Servicio de Medicina Interna de 28 de marzo de 2014.

39. AR reportó el 1 de abril de 2014 que valoró a V encontrándola con adenomegalias de 2 a 3 centímetros bilaterales, con estudios de laboratorio con leucopenia, ácido úrico, pruebas de funcionamiento hepático, proteína C reactiva, velocidad de sedimentación globular normales, creatinina y deshidrogenasa láctica bajas, TORCH con presencia de citomegalovirus, toxoplasma, rubeola, pendiente de tomografía toracoabdominal y biopsia de ganglio cervical; como se desprende de la Nota de evolución de 1 de abril de 2014, emitida por AR y de la Nota de evolución de 2 de abril de ese mismo año, emitida por personal médico del Servicio de Medicina Interna.

40. El 3 de abril de 2014, AR instruyó que V podía egresar de dicho nosocomio para esperar el resultado de la biopsia de ganglio, indicando cita programada para el 15 de abril de ese año a consulta externa del Servicio de Hematología; como se advirtió de la Nota de evolución de esa misma fecha y de la Hoja de egreso hospitalario del 4 de abril de 2014.

41. El periodo comprendido del 28 de marzo al 4 de abril de 2014 la atención medica que recibió V fue adecuada y oportuna, ya que inició se protocolo de estudio y se solicitó la intervención de un equipo multidisciplinario con la finalidad de otorgar el tratamiento idóneo para la agraviada, como quedó señalado en la Opinión Médica emitida por este Organismo Nacional, posterior a esta fecha la atención médica que recibió V fue inadecuada, dado que precipitadamente AR prescribió un tratamiento sin corroborar el diagnóstico, como se verá a continuación.

42. Una vez que fueron realizados los diversos estudios de laboratorio de control, de gabinete y especiales, marcadores tumorales, endoscopía, así como fue realizada la toma de biopsia de ganglio y enviada a patología, el 8 de abril de 2014, SP7 emitió el reporte histopatológico de ganglio cervical, en el cual determinó “...CAMBIOS HISTOPATOLÓGICOS COMPATIBLES CON padecimiento [REDACTED] [REDACTED]”.
[REDACTED] Nota: Los cambios histopatológicos sugieren padecimiento [REDACTED], sin embargo, se requiere descartar padecimiento [REDACTED] (Difuso de células grandes), por lo cual es indispensable estudio Inmunohistoquímica.

43. Asimismo, el 12 de abril de 2014, se emitió el Estudio de inmunohistoquímica emitido por el Laboratorio, referencia de Hospital Regional “1° de Octubre”, respecto de V, en el que se señaló el diagnóstico: padecimiento [REDACTED].

44. El 15 de abril de 2014, V acudió a su cita programada, siendo valorada por AR, quien la diagnosticó con padecimiento [REDACTED] de alto grado, negando síntomas B¹³, con presencia de adenomegalias cervicales y supraclaviculares, adenopatías inguinales, esplenomegalia¹⁴ leve, asentado “sin contar con inmunohistoquímica”; considerando AR iniciar manejo con tratamiento [REDACTED] de 4 a 6 ciclos valorando de acuerdo a respuesta, aplicándola en 6 ciclos cada 28 a 35 días; informándole además que podría presentar complicaciones como [REDACTED] [REDACTED].

45. Ese mismo día, AR le indicó primer ciclo de tratamiento médico [REDACTED] para el 22 de abril de 2014 en el área de [REDACTED]; como se advirtió de la Nota de

¹³ Tipo más común de linfoma No Hodgkin, de crecimiento rápido en los ganglios linfáticos.

¹⁴ Bazo más grande de lo normal.



evolución de esa misma fecha y de la Nota de indicaciones de **tratamiento médico** de 15 de abril de 2014, elaboradas por AR.

46. De acuerdo a la Opinión Médica emitida por este Organismo Nacional, AR omitió considerar los resultados del protocolo de estudio, donde quedó asentado que la agraviada presentó memoria para infecciones por virus y parásito, la tomografía de tórax sin alteraciones y marcadores tumorales negativos; así como omitió considerar el informe Anatomopatológico de V de 8 de abril de 2014, emitido por SP7, donde se requería descartar **padecimiento** de alto grado, por lo cual era indispensable el estudio de inmunohistoquímica; de igual manera omitió solicitar el resultado del Estudio de inmunohistoquímica de 12 de abril de 2014, respecto de V, en el que se diagnosticó Ganglio linfático: **padecimiento**.

47. De esta manera, AR indicó innecesaria y precipitadamente un tratamiento con **tratamiento médico**, sin confirmar el diagnóstico, incumpliendo así con los lineamientos de la Guía de Linfomas en Adulto; así como con los artículos 9 y 48 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica y el artículo 22 del Reglamento de Servicios Médicos del ISSSTE; dado que omitió corroborar que V no cursaba con **padecimiento**, si no con **padecimiento**.

48. El 15 de mayo de 2014, V acudió a consulta externa, siendo valorada por AR, a quien le señaló que presentó náusea y vómito dos días posteriores a la quimioterapia, con datos de mucositis a los 8 días de la quimioterapia, estreñimiento, con resultados de estudios de laboratorio con leucopenia, leve

¹⁵ Aumento de la cantidad de células normales, llamadas linfocitos, que están contenidas en los **ganglios linfáticos**.



incremento de glucosa, deshidrogenasa láctica baja, AR le volvió a informar a V de las complicaciones asociadas a **tratamiento médico**, asentado “no contar con reporte de inmunohistoquímica”; indicando AR segundo ciclo de **tratamiento médico** para el 19 de mayo de 2014; como se desprende de la Nota de consulta externa y la Nota de indicaciones de **tratamiento médico**, ambas de 15 de mayo de 2014, emitidas por AR.

49. V acudió el 4 de junio de 2014 a consulta externa del Servicio de Hematología, siendo valorada por AR, quien la reportó con diagnóstico de **padecimiento**, refiriendo V manchas hipercrómicas en mucosas, a la exploración física piel hipercrómica, indicando AR que V se encontraba en condiciones de recibir tercer ciclo de **tratamiento médico**, programándola para el 9 de junio de 2014, como quedó asentado en la Nota de consulta externa y la Nota de indicaciones de fecha 4 de junio de 2014, elaboradas por AR.

50. No pasa desapercibido para este Organismo Nacional que a pesar de que V le manifestó a AR, las consecuencias que estaba padeciendo derivado del tratamiento de **tratamiento médico**, ésta no consideró revalorar los estudios ya realizados de V, ni mucho menos solicitar el estudio de inmunohistoquímica, para corroborar el diagnóstico.

51. V acudió el 30 de junio de 2014, a la consulta externa del Servicio de Hematología, donde fue valorada por AR, quien la reportó con diagnóstico de **padecimiento** además que ingresó a urgencias por presencia de infección de vías urinarias, V refirió la presencia de **sintomatología**, refiriendo AR que estaba en condiciones de iniciarle el cuarto ciclo **tratamiento médico**, por lo que fue programada para



el 3 de julio de 2014; tal como se advirtió de la Nota de consulta externa y Nota de indicaciones de **tratamiento médico** ambas de 30 de junio de 2014, emitidas por AR.

52. Hecho en que se advierte que V continuó presentando diversa sintomatología derivada del innecesario tratamiento de **tratamiento médico**, sin embargo, AR continuó siendo omisa con esos signos y ordenó el suministro del cuarto ciclo de **tratamiento médico**.

53. V acudió el 23 de julio de 2014, a consulta externa del servicio de Hematología, valorada por AR, quien la reportó con diagnóstico de **padecimiento**, indicando V que presentó rinorrea hialina desde el inicio de la **tratamiento médico**, además de “*movimientos de la cabeza*”; sin síntomas B, estudios de laboratorio de control con leucopenia¹⁶, linfopenia¹⁷, eosinofilia¹⁸, indicando AR que se encontraba en condiciones de iniciar el quinto ciclo de **tratamiento médico** y que se realizarían 6 ciclos en total; como se evidenció de la Nota de consulta externa y Nota de indicaciones de **tratamiento médico** de esa misma fecha, emitidas por AR.

54. AR a pesar de contar con diversos estudios y advertir diversa sintomatología en V, que estaba afectando su calidad de vida, omitió solicitar el estudio de inmunohistoquímica, incluso suspender los ciclos de **tratamiento médico** para verificar el diagnóstico y ordenar su valoración en los diversos servicios del Hospital Regional “1° de Octubre”, a fin de evitar un daño mayor con dicho tratamiento.

¹⁶ Descenso del número de leucocitos (glóbulos blancos) en la sangre

¹⁷ Afección por la que hay un número más bajo de lo normal de linfocitos (tipo de glóbulos blancos) en la sangre

¹⁸ Nivel de glóbulos blancos superior al normal

55. El 13 de agosto de 2014, V acudió a su consulta y AR la reportó con diagnóstico de **padecimiento**, refiriendo V que “...se le movía la cabeza, un pie se le doblaba durante las noches...”, estudios de laboratorio de control con disminución de los glóbulos blancos, indicando sexto ciclo de **tratamiento médico**, presentando **sintomatología**, programando su sesión de **tratamiento médico** para el 25 de agosto de 2014; tal como se observó de la Nota de consulta externa y la Nota de indicaciones de **tratamiento médico** de esa misma fecha, elaboradas por AR.

56. A pesar de que V le refirió a AR presentar **sintomatología**, ésta fue omisa en solicitar el estudio de inmunohistoquímica que era necesario para corroborar el diagnóstico, además dejó de considerar los diversos estudios clínicos que evidenciaban memoria para infecciones por virus y parásito, tomografía de tórax sin alteraciones y marcadores tumorales negativos.

57. AR durante los seis ciclos de **tratamiento médico** que ordenó para V, omitió considerar además el informe Anatomopatológico de V de 8 de abril de 2014, emitido por SP7, donde se requería descartar **padecimiento**, para lo cual era imprescindible el estudio de inmunohistoquímica; de igual manera omitió solicitar el resultado del estudio de inmunohistoquímica de 12 de abril de 2014, respecto de V, en el que diagnosticó: Ganglio linfático: **padecimiento**; e innecesariamente indicó un nuevo ciclo de **tratamiento médico** sin corroborar el diagnóstico.

58. AR además omitió considerar los síntomas que V le refería, como consecuencia de las **tratamiento médico** que recibía, como lo fue la ansiedad y angustia,

presencia de infección de vías urinarias, la rinorrea hialina ¹⁹, disestesias ²⁰ generalizadas, “movimientos de la cabeza y neuropatía”.

59. Posterior a ello, el 13 de octubre de 2014, V acudió a consulta externa, siendo valorada por AR quien la reportó con diagnóstico de **padecimiento** [REDACTED]; citándola en tres semanas para realización de tomografía para vigilancia, como se advirtió de la Nota de consulta externa de esa misma fecha.

60. A pesar de haber transcurrido seis meses AR no solicitó el resultado de inmunohistoquímica, con el cual se hubiera corroborado que V no cursaba con **padecimiento** [REDACTED] y no ordenó la valoración de V, en los servicios de reumatología, rehabilitación y dermatología.

61. El 24 de diciembre de 2014 y sin haber confirmado el diagnóstico hasta ese momento, AR le reiteró a V que cursaba con **padecimiento** [REDACTED], además de consideró la remisión parcial; como se corroboró con la Nota de consulta externa de esa fecha y el Estudio de tomografía de tórax simple y contrastado I.V. de 20 de octubre de 2014, realizado por personal del Hospital Regional “1º de Octubre”.

62. Asimismo, omitió solicitar nuevo protocolo de estudio para determinar la etiología de la reactividad ganglionar con la cual cursaba V, como fue señalado en la Opinión Médica emitida por este Organismo Nacional; incumpliendo además con

¹⁹ Nariz congestionada que se produce cuando los tejidos que recubren la nariz se hinchan.

²⁰ Afección por el cual se distorsiona un sentido, especialmente el del tacto.



los numerales 9 y 48 del Reglamento de la Ley de Salud; así como el numeral 15 del Reglamento de Servicios Médicos ISSSTE.

63. Ahora bien, el 28 de enero de 2015, SP1 solicitó un nuevo estudio de Patología Quirúrgica e Inmunohistoquímica, elaborado por Hospital, respecto de las muestras de V, de dos bloques de parafina, de los cuales se diagnosticó: “1. Biopsias de ganglio linfático cervical: hiperplasia mixta, folicular y paracortical reactivas, no específicas: se descartó la posibilidad de linfoma. 2. Biopsia gástrica: mucosa del cuerpo y fondo con gastritis crónica superficial: negativo a malignidad, no hay evidencia de linfoma ni carcinoma; como se advirtió del Estudio de Patología Quirúrgica e Inmunohistoquímica de esa misma fecha, elaborado por Hospital.

64. Con el estudio de inmunohistoquímica del 12 de abril de 2014 y del 28 de enero de 2015 se corroboró que V no cursó con Linfoma No Hodgkin folicular/difuso de células B, como lo señaló AR en todas y cada una de sus consultas médicas, observándose que nunca corroboró su presencia con el estudio inmunohistoquímica, pasando desapercibido que V cursó con padecimiento [REDACTED] e innecesariamente prescribió tratamiento con tratamiento médico, lo cual repercutió en su estado de salud física y mental.

65. Aunado a ello, el 3 de junio de 2015, SP1 descartó por tercera revisión de inmunohistoquímica en el Hospital, que V padecía padecimiento [REDACTED], señalando que V presentaba sintomatología [REDACTED] y solicitó valoración por los Servicios de Medicina Física y Rehabilitación; como se desprende de la Nota de consulta externa de esa misma fecha, emitida por SP1.

66. AR omitió corroborar el diagnóstico con los referidos estudios e innecesariamente le prescribió a V tratamiento con [tratamiento médico], sin advertir que V NO cursó con [padecimiento] ocasionándole a V diversos daños tanto físicos como emocionales, que a la postre han afectado su calidad de vida.

67. No pasa desapercibido para este Organismo Nacional, que AR rindió si informe médico, el 21 de mayo de 2015, señalando toralmente que:

67.1. El 15 de abril de 2014, se recibe paciente en consulta externa, contando con reporte histopatológico Q-1600-14, que reporta pieza remitida ganglio cervical, con diagnóstico histopatológico: ganglio cervical, cambios hispatológicos compatibles con [padecimiento]. De acuerdo a evolución, manifestaciones clínicas, exploración física, resultados de estudios de laboratorio e imagen y con sustento, reporte hispatológico con diagnóstico de [padecimiento] [redacted]), emitido por el Servicio de Patología, tal como lo marca la Guía de Práctica Clínica emitida CENETEC y en apego a ésta, aunado a una experiencia profesional se establece tratamiento, previa firma de consentimiento informado por paciente.

67.2. Durante tratamiento sin desarrollar anemia, neutropenia o trombocitopenia. Presenta distensias generalizadas al cuarto ciclo de tratamiento (datos de neuropatía) por lo que se suspende [tratamiento médico] al que se asocian estos síntomas. Derivado de la mejoría y evolución

satisfactoria tras completar esquema de tratamiento, se decide suspender **tratamiento médico**.

67.3. Acude a cita el 13 de octubre de 2014, tras terminar tratamiento, encontrándose sin síntomas B (diaforesis nocturna, fiebre, pérdida de peso). Con un incremento ponderal de tres kilos. Sin crecimientos ganglionares en cuello, sin visceromegalias. Quedando en espera de TAC de cuello, tórax y abdomen, programada por el servicio de radiología de acuerdo dinámica de dicho servicio.

67.4. El día 29 de diciembre de 2014, acude paciente a cita programada, negando síntomas B. En la exploración física sin encontrar adenopatías palpables ni visceromegalias. Con reporte de TAC de crecimientos ganglionares en espacio paratiroideo izquierdo, cervical, posterior izquierdo con diámetro menor a 10 mm, crecimientos ganglionares a nivel axilar sin rebasar 10 mm, en su diámetro. Emitiendo reportes de auxiliares de diagnóstico se considera en Remisión Parcial de **padecimiento**, iniciado vigilancia. Programando cita en seis semanas.

68. De igual manera, AR, el 25 de febrero de 2015 rindió otro informe médico en el que refirió concretamente:

68.1. V es hospitalizada para llevar a cabo protocolo de estudio. Se solicita biopsia de ganglio, realizada por cirugía general de lesiones del lado izquierdo sin incidentes en paraclínicos leucopenia, anticuerpos de memoria para toxoplasma, citomegalovirus y rubeola. Endoscopía con esofagitis tipo A de

Los Angeles; pangastropatía crónica atrófica de predominio antral, toma de biopsia. TAC, toracoabdominal sin adenomegalias discreta esplenomegalia, evidencia de riñón ectópico derecho. Reporte de biopsia de antro gástrico con gastritis crónica, atrófica y de cuerpo gástrico con gastritis crónica superficial, con atrofia focal.

68.2. Reporte patológico de ganglio cervical izquierdo; linfoma folicular vs de alto grado (difuso células grandes) según folio Q-1600-14 emitido el 8 de abril de 2014. Al no contar con recurso de inmunohistoquímica, por clínica y paraclínicos, se concluye estadio clínico IIB, IPI intermedio bajo, se inicia esquema más apropiado al diagnóstico emitido en reporte histopatológico y estadio clínico, siendo este **tratamiento médico** **[REDACTED]** **[REDACTED]**) con manejo de soporte (antibióticos y factor estimulante de colonias). Recibió 6 ciclos con **sintomatología** **[REDACTED]** asociada a vincristina, por lo que se suspendió está evolucionando favorablemente. Al finalizar **tratamiento médico** **[REDACTED]** con última valoración por parte de una servidora el día 29 de diciembre de 2014, se encuentra TAC con presencia de ganglios cervicales residuales (menores a 10 mm), por lo que se considera remisión, dejando en vigilancia por consulta externa. Cabe mencionar que la paciente cuenta con trastorno depresivo, debe continuar manejo en este Hospital regional.

69. Informes en los cuales AR pretende justificar sus omisiones, sin embargo, como ya se ha señalado y de acuerdo a las evidencias que fueron recabadas por este Organismo Nacional, se considera que AR omitió solicitar el estudio de inmunohistoquímica practicado a V, en el que le diagnosticó la presencia de

padecimiento y no así de padecimiento

, como incorrectamente lo dijo AR.

70. En su informe AR señala que dicho diagnóstico lo determinó de acuerdo al reporte hispatológico emitido por el Servicio de Patología, sin embargo, en el mencionado reporte hispatológico, emitido el 8 de abril de 2014, por SP7 se determinó “CAMBIOS HISTOPATOLÓGICOS COMPATIBLES CON padecimiento

Nota: Los cambios histopatológicos sugieren padecimiento, sin embargo, se requiere descartar padecimiento, por lo cual es indispensable estudio Inmunohistoquímica”.

71. Esto es, dicho reporte hacía hincapié en que era imprescindible realizar un estudio de inmunohistoquímica para destacar el padecimiento, situación que paso por alto AR, así como paso por alto considerar que V presentó en sus diversos estudios, memoria para infecciones por virus y parásito, tomografía de tórax sin alteraciones y marcadores tumorales negativos, y aunado a ello, durante el tiempo que atendió a V nunca revaloró a V para confirmar el diagnóstico. Incluso AR señaló tanto en sus notas de consulta externa como en sus citados informes que no contó con el estudio de inmunohistoquímica, y aun así, diagnosticó el padecimiento de V como padecimiento; por tanto, no se justifican las omisiones sistémicas en que incurrió AR y que han ocasionado en V un deterioro en su calidad de vida desde el año 2014.

72. Cabe resaltar que la radiación que se recibe con la tratamiento médico es altamente nociva para el cuerpo, dado que ese tratamiento no puede distinguir entre células sanas y células padecimiento, por tanto, la destrucción de las células que se

realiza en ese tratamiento puede llevar a la muerte, así también el presentar una infección durante una **tratamiento médico** puede causar la muerte, dado que el cuerpo durante el tratamiento no puede combatir las infecciones.

73. Los medicamentos que le fueron suministrados a V durante las **tratamiento médico** (Predsona, Ciclofosfamida, Doxorrubicina y Vincristina) ocasionan graves efectos adversos, en este sentido la Opinión Médica emitida por este Organismo Nacional, asentó: "(...) PREDNISONA: ocasiona efectos adversos neurológicos, insomnio, vértigo, hipertensión, miopatía, osteoporosis, hiperglucemia, necrosis aséptica cabeza femoral, insuficiencia cardíaca congestiva, alteraciones permanentes o temporales de la visión, las infecciones fungicidas o víricas pueden ser exacerbadas, náusea/vómitos, anorexia y pérdida de peso, diarrea, constipación, dolor abdominal, úlceras esofágicas, gastritis y pancreatitis, neuropatía isquémica periférica, también se han comunicado alteraciones mentales tales como depresión, ansiedad, euforia, cambios de personalidad y psicosis, efectos dermatológicos como atrofia de la piel, acné, eritema facial, estrías, petequias, hirsutismo, equimosis, urticaria, dermatitis alérgica y angiodema, puede ocasionar una insuficiencia adrenal aguda que se caracteriza por anorexia, letargia, fiebre alta, mialgia, dermatitis exfoliativa, pérdida de peso e hipotensión, trombocitopenia, taquicardia sinusal, glositis, estomatitis e incontinencia urinaria. (...) CICLOFOSFAMIDA: náuseas, vómito, cistitis hemorrágica, malestar general, anorexia (...) DOXORRUBICINA: infección, insomnio, arritmia, cardiomiopatía, estreñimiento, alteración de las uñas, dolor de espalda, mialgia; astenia/fatiga, fiebre, dolor, rigidez, mareos, dolor de cabeza, pérdida de peso; dolor, ardor, necrosis tisular y úlceras en la piel. (...) VINCRISTINA: Neurotoxicidad se manifiesta por un deterioro sensorial y parestesias, progresando hasta dolor neuropático y deterioro de la función motora, de los pares craneales y nervios vegetativos. La

neuropatía es usualmente bilateral, sobre los pares craneales se manifiesta por ronquera, diplopía y parálisis facial. También se han comunicado casos de neuropatía extraocular con atrofia óptica y ceguera, ptosis, visión borrosa, disminución de la visión nocturna y ceguera cortical transitoria, estreñimiento e incluso íleo paralítico, retortijones, retención urinaria e hipotensión arterial, anorexia, estomatitis y úlceras orales. En ocasiones pueden aparecer síntomas centrales en forma de depresión, insomnio o confusión. Otras reacciones adversas sobre el sistema incluyen agitación, alucinaciones, convulsiones y coma (...)"

74. Este Organismo Nacional considera que los efectos adversos de las **tratamiento médico** pueden ser mortales para cualquier persona que sea sometida a este tratamiento, pero existe un riesgo mayor para las personas que innecesariamente lo requieren, como fue el caso de V, a quien le fue suministrado 6 ciclos de **tratamiento médico** que fueron suficientes para deteriorar su salud, que aunado a los antecedentes médicos que ya contaba, lograron aumentar la sintomatología y afectar gravemente su calidad de vida.

75. Por otra parte, el Informe médico Patológico de 31 de marzo de 2016, emitido por SP7, respecto a la atención médica otorgada a V, en la que refirió que la muestra de la biopsia fue enviada para el estudio de inmunohistoquímica del día 4 de abril de 2014, recibiendo el resultado de dicho estudio el 12 de abril del mismo año, en donde se descartó **padecimiento**, emitiendo como resultado de inmunohistoquímica: Hiperplasia Linfoide Mixta; mismo en el que asentó que *"el familiar de V acudió hasta el 2 de enero de 2015, a solicitar el resultado de dicho estudio, es decir, más de 8 meses después de su recabar la muestra"*.

76. Informe que no justifica las omisiones en que incurrió AR, toda vez que cuando fue valorada V, el 15 de abril de 2014, AR asentó no contar con estudio de Inmunohistoquímica, sin embargo, si contaba con el citado reporte histopatológico de 8 de abril de 2014, emitido por SP7 en el cual se determinó “...CAMBIOS HISTOPATOLÓGICOS COMPATIBLES CON padecimiento [REDACTED]”. *Nota: Los cambios histopatológicos sugieren padecimiento [REDACTED], sin embargo, se requiere descartar padecimiento [REDACTED]), por lo cual es indispensable estudio Inmunohistoquímica.*

77. Por tanto, no era justificable el diagnóstico y tratamiento que prescribió para V, toda vez que omitió valorar todos los estudios que le fueron practicados a V, en los que incluso se señaló que V presentaba **sintomatología** [REDACTED]; [REDACTED]; estudios que eran necesarios para comprobar el diagnóstico, además de omitir solicitar el estudio de inmunohistoquímica de 12 de abril de 2015.

78. Por otra parte, de los informes rendidos por SP1, en fechas 22 de mayo de 2015 y 15 de septiembre de 2017, respecto de la atención médica brindada a V, se desprende lo siguiente:

78.1. V solicitó cambio de médico tratante, por lo que es conocida por la SP1 a partir del mes de enero de 2015, con motivo del cual se le valoró a la paciente, quien ya había culminado tratamiento de **tratamiento médico** [REDACTED] y se encontraba en vigilancia.

78.2. Ante la existencia de dos diagnósticos diferentes (**padecimiento** **[REDACTED]**), SP1 decidió solicitar una TERCERA OPINIÓN con Inmunohistoquímica, la cual reportó como **resultados estudios** **[REDACTED]**.

78.3. Con lo anteriormente mencionado, la persona SP1 decidió mantener en vigilancia a la paciente, solicitándole protocolo de estudio para causas de **padecimiento** **[REDACTED]**, sin encontrar alguna causa desencadenante y en breve se otorgaría alta del servicio de Hematología, de no presentarse alguna eventualidad. La paciente al interrogatorio directo refirió mialgias²¹ y artralgias²², desde antes del inicio de la **tratamiento médico** **[REDACTED]**, por lo que se envió a Reumatología para descartar trastorno reumatológico, además de señalar que no encontró alguna secuela por el uso de la **tratamiento médico** **[REDACTED]**, y respecto a las manifestaciones clínicas actuales, estas se presentaron antes de la **tratamiento médico** **[REDACTED]** otorgada y los demás síntomas no eran secundarios a la misma.

79. Informes de los que se corrobora el erróneo diagnóstico que fue determinado por AR, respecto del padecimiento de V, dado que los resultados de los TRES estudios de Inmunohistoquímica practicados en la biopsia pertenecientes a V, confirma que V padecía **padecimiento** **[REDACTED]** y no **padecimiento** **[REDACTED]**, como le fue incorrectamente diagnosticado a la agraviada, derivado de ello, recibió como tratamiento 6 ciclos de **tratamiento médico** **[REDACTED]** que fueron indicados por AR.

80. SP1 además pretende en sus informes justificar la pertinencia del tratamiento, señalando que no hay secuelas por el tratamiento al que fue sometida

²¹ Dolor muscular

²² Dolor de articulaciones.

V, argumentando que los padecimientos que ésta refiere como **sintomatología** [REDACTED], NO son SECUNDARIOS a la **tratamiento médico** otorgada.

81. Argumento que resulta incorrecto, tomando en consideración la Opinión Médica emitida por este Organismo Nacional, donde se señalan los efectos adversos del citado tratamiento y en los que se describe entre ellos, todos la sintomatología que presentó V durante el tratamiento, aunado a ello, las Notas de consulta externa emitidas por AR, el 15 de abril y el 15 de mayo, ambas del año 2014, AR le hizo del conocimiento a V, las complicaciones que podrían presentarse con el tratamiento, entre ellas **sintomatología** [REDACTED].

82. Incluso AR tuvo que retirar un medicamento suministrado durante las **tratamiento médico**, derivado de todas las complicaciones que presentó V, omitiendo suspender el tratamiento en ningún momento o bien, revalorar a V, solicitando el estudio de inmunohistoquímica que requería y mucho menos corroboró la pertinencia del tratamiento.

83. Aunado a ello, en el certificado médico de estado físico de V de 12 de noviembre de 2018, elaborado por personal de la Coordinación de Servicios Periciales de la Comisión Nacional, se apreció *aumento de volumen irregular en región supraclavicular y carotídea de lado derecho de 4x4 cm e izquierdo de 3x3 cm, no fijas a planos profundos, sin bordes definidos, no se define una masa formada, no hay cambios de coloración en la piel ni ingurgitación yugular; la paciente refiere dolor a la palpación y a la manipulación únicamente de lado derecho...*”.



84. Valoración médica de la que se desprende que V que sus padecimientos no disminuyen, muy por el contrario, han aumentado, ante la incorrecta atención médica por parte de AR, quien de acuerdo a sus informes la atendió hasta el año 2015, incluso V refiere **narración de hechos**, situación que desde luego repercute en su salud física y emocional.

85. Ahora bien, derivado del erróneo y precipitado diagnóstico y el tratamiento establecido por AR, V ha necesitado la atención médica, no sólo en el servicio de Hematología y Medicina Interna, sino también en el área de Psiquiatría, Dermatología, Reumatología y de Rehabilitación, dado que seis ciclos de **tratamiento médico** a los que fue sometida, le causaron diversas afectaciones médicas como se analizará enseguida:

❖ Atención en el área de Psiquiatría

86. Respecto del área de Psiquiatría, V comenzó a ser atendida el 28 de abril de 2014 en la consulta externa, donde fue valorada por SP2, ya que derivado de su diagnóstico inicial de **padecimiento**, comenzó con síndrome depresivo, entre otros.

87. V acudió en fechas 2 de junio, 7 de julio y 12 de agosto de 2014, para ser valorada por SP2, quien reiteró diagnóstico y manejo terapéutico, refiriendo en la última consulta que ya no quería continuar en el tratamiento de **tratamiento médico**.



88. SP2 siguió con la valoración a V en los meses subsecuentes, y reportó la persistencia en la sintomatología, con algunos efectos secundarios de la quimioterapia, sin embargo, continuó con **sintomatología**.

89. Documentales médicas que permiten corroborar el estado emocional de V, derivado del diagnóstico erróneo determinado por AR y que ha tenido como consecuencias, la prescripción de antidepresivos y ansiolíticos, mismos que han sido suministrados desde el año 2014, acompañado de diversos sentimientos de **sintomatología**; tratamiento y medicamentos que no le han brindado mejoría a la agraviada, dado que hasta la fecha en que fue valorada por personal de este Organismo Nacional continuaba en consulta en el área de Psiquiatría.

90. El informe rendido por SP2, sin fecha, respecto de la atención médica que le proporcionó a V, se advirtió lo siguiente:

90.1. “...Paciente **sexo**, vista por el servicio de psiquiatría...desde el 14 de abril de 2014, teniendo como antecedente previo un trastorno de ansiedad...desde el 2016 su asistencia a consulta externa para revisión se ha vuelto irregular debido a la incapacidad de la paciente para desplazarse a este hospital...comentando ideas de muerte, sin tener una planificación suicida...acudiendo a solicitar recetas para continuar su tratamiento. Actualmente se encuentra estable psiquiátricamente con aparente buen apego al tratamiento. Diagnóstico: Trastorno de ansiedad generalizada; Pronóstico:...continúe con su manejo psicofarmacológico de forma indefinida...”

91. Informe en el cual se corrobora que efectivamente V ha sido atendida desde abril de 2014, aun cuando no menciona el motivo de su valoración, se advierte de las diversas valoraciones médicas que ha recibido la agraviada en esa área, que el diagnóstico de **padecimiento** que le fue incorrectamente diagnosticado por AR afectó su esfera emocional, sin que pueda ser considerada su atención psiquiátrica previa otorgada por médico particular, toda vez que como lo refirió en sus diversas valoraciones médicas, el diagnóstico y tratamiento al que fue sometida aumentó su **sintomatología**, síntomas que como lo refirió SP2 deberá continuar con manejo psicofarmacológico de forma indefinida; por tanto, se corrobora la afectación psiquiátrica que sufrió V derivado del diagnóstico erróneo y tratamiento innecesario al que fue sometida desde el año 2014.

❖ Atención en el área de Dermatología

92. En el área de Dermatología, SP1 solicitó interconsulta para V, derivado de las lesiones dérmicas y verrugas vulgares en cuello, manchas hipercrómicas en axilas, por lo que fue valorada el 27 de marzo de 2015 por SP3, quien la reportó con presencia de “T” seborreica con eritema y discreta descamación con prurito severo, con diagnóstico de dermatitis seborreica, por lo que se desprendió que las lesiones dérmicas fueron derivadas del tratamiento innecesario de **tratamiento médico** que recibió; por tanto, se corrobora la afectación cutánea que sufrió V derivado del diagnóstico erróneo por parte de AR, desde el año 2014.



❖ Atención en el área de Reumatología

93. En el área de Reumatología, SP1 solicitó la atención médica de V en dicha área, para descartar trastorno reumático, siendo valorada el 08 de mayo de 2015 por SP4, ocasión en la que V manifestó que comenzó con artralgias en articulaciones de manos y pies, artritis de pies, dolor nocturno y otros, prescribiendo tratamiento, dando de alta a V del Servicio de Reumatología, informando que sus síntomas clínicamente corresponden a enfermedad articular degenerativa, además que el hipotiroidismo también es factor que predispone dicha enfermedad degenerativa.

94. Situación que AR pasó por alto, dado que continuo suministrándole las **tratamiento médico** siendo innecesarias para su padecimiento, y si bien es cierto que V antes del tratamiento de **tratamiento médico** cursaba con enfermedad articular degenerativa, lo cierto es que, la administración de **tratamiento médico** fue innecesaria para su manejo clínico y ésta misma incrementó aún más la sintomatología, como se señaló en la Opinión Médica emitida por este Organismo Nacional; por tanto, se advierte la afectación física que sufrió V con motivo del erróneo diagnóstico y el innecesario tratamiento que AR suministró a la agraviada.

❖ Atención en el área de Medicina de Rehabilitación.

95. En el área de Medicina de Rehabilitación, SP1 solicitó la valoración de V, el 3 de junio de 2015, al advertir presencia de neuropatía en sus manos y pies; siendo valorada por SP5 el 30 de junio de 2015, estableciendo el diagnóstico de probable **padecimiento**, citando a V para estudio de



electroconducción, en la que SP5 concluyó: “(...) *Estudio de electroneuroconducción anormal compatible con neuropatía sensorial de ramas plantares de tibial bilateral del tipo de la desmielinización y neuropatía motora de peroneo izquierdo del tipo de la degeneración axonal leve (...)*”.

96. Documentales médicas de las que se advirtió que V sufrió neuropatía sensorial, derivado del tratamiento de quimioterapia que recibió por parte de AR, quien incluso le hizo saber que la neuropatía era una de las complicaciones al recibir dicho tratamiento, padecimiento que además tuvo nula mejoría, a pesar de las terapias de rehabilitación a las que fue sometida, se advirtió que la administración de **tratamiento médico** incremento aún más la sintomatología; como se señala en la Opinión Médica emitida por esta Comisión Nacional.

97. Finalmente, se cuenta con el Informe rendido por SP6 del Servicio de Hematología, emitido el 24 de enero de 2018, mediante el cual refirió que V aun cursaba con dermatopatía crónica en pies, neuropatía periférica, ocasión en la que se le informó que debía acudir con dermatología por requerir diagnóstico y tratamiento especializado, informe en el que se evidenciaron las afectaciones médicas que aún continúa padeciendo V.

98. De la misma forma, podemos concluir que las acciones y omisiones de AR, han sido determinantes en el deterioro de la salud de V, dado que, omitió considerar los resultados del protocolo de estudio; así como omitió considerar el informe Anatomopatológico de V de 8 de abril de 2014, emitido por SP7, donde se requería descartar **padecimiento**, por lo cual era indispensable el estudio de inmunohistoquímica; de igual manera omitió solicitar el resultado del Estudio de



inmunohistoquímica de 12 de abril de 2014, respecto de V, en el que se diagnosticó Ganglio linfático: **padecimiento**

99. De este modo, AR realizó un diagnóstico erróneo y un tratamiento innecesario, consistente en 6 ciclos de **tratamiento médico**, con lo cual afectó la calidad de vida de V, quien ha tenido que padecer las consecuencias, que además por sus antecedentes médicos han incrementado la sintomatología.

100. En ese sentido, la Suprema Corte de Justicia de la Nación, ha establecido lo siguiente:

*“MALA PRÁCTICA MÉDICA. DIAGNÓSTICO ERRÓNEO COMO ELEMENTO PARA DETERMINAR SU EXISTENCIA. Para la exigencia de responsabilidad en contra de un médico por un diagnóstico equivocado, ha de partirse de si dicho profesional ha realizado o no todas las comprobaciones necesarias, atendiendo al estado de la ciencia médica, para emitir el diagnóstico. La actividad diagnóstica comporta riesgos de error que pueden mantenerse en ciertos casos dentro de los límites de lo tolerable, **sin embargo, existe responsabilidad si para la emisión del diagnóstico el médico no se sirvió, en el momento oportuno, de todos los medios que suelen ser utilizados en la práctica de la medicina. De lo anterior se colige que el hecho de realizar un diagnóstico sin la diligencia debida por parte del personal médico constituye un riesgo innecesario para el derecho a la vida y***



*a la salud de los pacientes, riesgo que no encuentra justificación dentro del riesgo implícito que conlleva el ejercicio de la medicina”.*²³

“Énfasis añadido”.

101. Por lo todo lo antes expuesto, este Organismo Nacional considera que AR incumplió con el deber de garantizar con calidad y oportunidad los servicios de salud para V, ocasionándole complicaciones y efectos secundarios, lo que constituye 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 V tutelado en los artículos 4°, 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.

²³ 10 Tesis Aislada, 1ª. XXVII/2013, Registro 2002570.

B DERECHO A LA PROTECCIÓN ESPECIAL DE PERSONAS MAYORES.

102. Además de la transgresión de los derechos a la protección de la salud, 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 [REDACTED] años de edad al momento de los hechos, con antecedentes de cáncer de mama negativo a malignidad, hipertensión arterial sistémica, hipotiroidismo, trastorno depresivo y riñón ectópico del lado derecho desde el nacimiento; 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 de AR, adscrita al Hospital Regional “1º de Octubre”.

103. De conformidad con los artículos 1º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y 17 del Protocolo Adicional a la 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 (sesenta años o más), y con ello darles un trato y atención preferencial.

104. 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.²⁴

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

106. 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.

²⁴ 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, INCUPLADOS O SENTENCIADOS*”.



107. 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 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 V, al no recibir la atención adecuada sobre el padecimiento que presentaba, ya que las omisiones y acciones descritas en el apartado de observaciones contribuyeron al deterioro en su calidad de vida.

108. 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 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*”.



109. 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 (…)”*.

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

111. 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.

112. 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.

113. En la transgresión de los derechos a la protección de la salud y a la vida de V, 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] años al momento de los hechos, con antecedentes de **historia clínica**

[redacted], 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 Hospital Regional “1º de Octubre”, lo cual no aconteció.

114. AR, médico especialista adscrito a un hospital de segundo nivel de atención del ISSSTE, incurrió en actos y omisiones que en lugar de garantizarle a V bienestar físico que repercutiera en el mejoramiento de su calidad y prolongación de vida, contribuyó a que se deteriorara su calidad de vida.

115. AR omitió considerar lo asentado en el reporte patológico de 8 de abril de 2014, emitido por SP7, en el que señalaba la pertinencia de contar con un estudio de inmunohistoquímica, a fin de confirmar el diagnóstico de **padecimiento** [redacted]; precipitándose a suministrarle a V, 6 ciclos de **tratamiento médico**; omitiendo durante el tiempo en que permaneció en dicho tratamiento, solicitar el citado estudio de inmunohistoquímica para confirmar el diagnóstico, pasando por alto las consecuencias y secuelas que V presentó derivado de las **tratamiento médico** que recibió; posterior a ello, se acreditó que V no padecía **padecimiento** [redacted], sino **padecimiento** [redacted], considerado personal de este Organismo Nacional, a



través de su Opinión Médica, que fue innecesario el tratamiento que le fue suministrado a V, derivado del incorrecto diagnóstico que fue establecido por AR.

116. Ocasionando con ello, que V sufriera afectaciones físicas y emocionales, las cuales originaron que V se sometiera a tratamientos, terapias y medicamentos, deteriorando su salud calidad de vida, dado que a la fecha V no ha podido recuperar.

117. En consecuencia, AR vulneró el derecho a la salud de V 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 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”*,²⁵ 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.

118. Por lo expuesto, AR evidenció falta de orientación especializada para garantizar calidad en la atención de las personas adultas mayores; por lo que incumplió las obligaciones contenidas en el artículo 8°, fracciones I y XXIV, de la

²⁵Secretaría de Salud. “Definiciones y conceptos fundamentales para el mejoramiento de la calidad de la atención a la salud”, 2013, p. 26.



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

119. 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 Unidas.²⁶ 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.

120. 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.”*

121. 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

²⁶ Resolución 70/a de la Asamblea General de la ONU, titulada *“Transformar nuestro mundo: Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible”*.



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.

C. RESPONSABILIDAD DE LAS PERSONAS SERVIDORAS PUBLICAS.

122. La responsabilidad de AR provino de una inadecuada atención médica en agravio de V, toda vez que AR omitió considerar el reporte histopatológico de 8 de abril de 2018, en el que señalaba la importancia de realizar un estudio de inmunohistoquímica respecto del padecimiento de V; además omitió solicitar dicho estudio inmunohistoquímica, diagnósticándola con **padecimiento**, precipitándose en el tratamiento, toda vez que le suministró 6 ciclos de **tratamiento médico**; diagnóstico que posteriormente se consideró erróneo, a través otros estudios de inmunohistoquímica, considerándose innecesario dicho tratamiento; y de esta forma se acreditó la inadecuada atención médica proporcionada a V, que derivó en la violación al derecho a la protección de la salud y repercutió en su calidad de vida; dado que derivado de ese tratamiento, presentó ansiedad, depresión, insomnio, mucositis, estreñimiento, náusea, vómito, insomnio, manchas hipercrómicas en mucosas, disestesias generalizadas, neuropatía periférica, rinorrea hialina, movimientos de la cabeza, dermatitis seborreica, artralgias de manos y pies, artritis de pies y dolor nocturno.



123. En consecuencia, con fundamento en los artículos 1º, párrafo tercero y 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6º, fracción III; 71, párrafo segundo; 72, párrafo segundo, y 73, párrafo segundo, 73 párrafo segundo de la Ley de la CNDH, este Organismo Nacional en ejercicio de sus atribuciones presentará:

123.1. Queja ante el Órgano Interno de Control en el ISSSTE en contra de AR con motivo de las irregularidades en la atención médica de V, así como respecto a la integración del expediente clínico.

123.2. Denuncia en la Fiscalía General de la República en contra de AR, con motivo de la deficiente atención médica de V.

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

125. No pasa desapercibido para este Organismo Nacional, que el 1 de agosto de 2016, el Comité para la Atención de Quejas Médicas en el ISSSTE, resolvió mediante sesión ordinaria, que la solicitud de V, era improcedente al no existir deficiencia, negativa o imposibilidad institucional. No ha lugar al pago de indemnización.



126. Asimismo, el 30 de agosto de 2016, dentro del Procedimiento Conciliatorio se realizó audiencia de conciliación, en la cual se concluyó el expediente como no conciliado, dejando a salvo los derechos de V, a fin de que los hiciera valer en la vía y forma que a su interés conviniera; en consecuencia, no se dio vista al Órgano Interno de Control en dicho Instituto.

D. REPARACIÓN DE INTEGRAL DEL DAÑO.

127. 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 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 44, párrafo segundo de la Ley de la CNDH, y 65 inciso c) de la Ley General de Víctimas, las cuales prevén que al evidenciarse una violación a los derechos humanos, atribuible a una persona servidora pública 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.

128. Para tal efecto, en términos de los artículos 1, párrafos tercero y cuarto, 2, fracción I, 7, fracciones II, VI y VIII, 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, existe la obligación de las autoridades de todos los ámbitos de gobierno de reparar a las víctimas de una forma integral, y de manera correlativa a esta obligación, el derecho que tienen las víctimas a ser reparadas de manera integral por el daño que han sufrido como consecuencia de las violaciones a derechos humanos que les causaron, a través de medidas de restitución, rehabilitación, compensación, satisfacción y garantías de no repetición.

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

130. En el *“Caso Espinoza González vs. Perú”*, la CIDH 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”.*²⁷

131. Sobre el “*deber de prevención*”, la CIDH 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 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. (...)*”.²⁸

132. En el presente caso, este Organismo Nacional acreditó que los hechos analizados se materializaron en violaciones a los derechos humanos de protección a la salud, situación de vulnerabilidad de las personas mayores y acceso a la información en materia de salud, agravio de V, por lo que se considera procedente establecer la reparación integral del daño ocasionado en los siguientes términos:

❖ **MEDIDAS DE REHABILITACIÓN.**

133. Estas medidas se establecen para buscar facilitar a las víctimas hacer frente a los efectos sufridos por causa de las violaciones de derechos humanos de conformidad con el artículo 21 de los Principios y Directrices, instrumento antes referido, la rehabilitación incluye “*la atención médica y psicológica, así como servicios jurídicos y sociales*”.

²⁷ Sentencia de 20 de noviembre de 2014. Excepciones, Preliminares, Fondos, Reparaciones y Costas, párrafos 300 y 301.

²⁸ “Caso Velásquez Rodríguez vs. Honduras” Sentencia del 29 de julio de 1988, Fondo, p. 175.



134. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 27, fracción II, 62 y 63 de la Ley General de Víctimas, y como consecuencia de los hechos materia de la presente Recomendación se deberá brindar, en caso de que lo requiera, a VI1 y VI2, atención psicológica y tanatológica misma que deberá ser proporcionada por personal profesional especializado (que así lo acredite mediante títulos, diplomas o demás constancias con valor curricular), la cual se prestará atendiendo a su edad y sus especificidades de género, de forma continua hasta que alcancen su sanación física, psíquica y emocional por la omisión de brindar atención médica a V que de manera desafortunada derivó en la pérdida de su vida.

135. 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.

136. Los tratamientos deben ser provistos por el tiempo que sea necesario, y deben incluir la provisión de medicamentos. Durante su desarrollo y conclusión podrá ser valorada por el personal con especialidad en la materia de esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

❖ **MEDIDAS DE COMPENSACIÓN**

137. La compensación se encuentra establecida en los artículos 27, fracción III, 64 a 72 de la Ley General de Víctimas, la cual consiste en reparar el daño causado, sea material o inmaterial. Por ello, el ISSSTE en coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas deberá valorar el monto a otorgar como compensación a V, para lo cual este Organismo Nacional remitirá copia de la



presente Recomendación a la mencionada Comisión Ejecutiva a fin de que proceda conforme a sus atribuciones.

138. A fin de cuantificar el monto de la compensación, deberán atenderse los siguientes parámetros:

- **Daño material.** Son referidos por lo general como daño emergente y lucro cesante, han sido considerados por la Corte IDH como: las consecuencias patrimoniales de las violaciones de derechos humanos que hayan sido declaradas, la pérdida o detrimento de los ingresos de las víctimas, los gastos efectuados con motivo de los hechos y las consecuencias de carácter pecuniario que tengan un nexo causal con los hechos del caso.

- **Daño inmaterial.** 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. También se consideran daño inmaterial los temores y angustias vividas por las víctimas directas e indirectas.

❖ **MEDIDAS DE SATISFACCIÓN.**

139. Las medidas de satisfacción tienen la finalidad de reconocer y restablecer la dignidad de las víctimas; de acuerdo con lo dispuesto por los artículos 27, fracción IV y 73, fracción V, de la Ley General de Víctimas, se puede realizar mediante la aplicación de sanciones judiciales o administrativas a las autoridades y personas servidoras públicas responsables de violaciones a derechos humanos, por lo que



en el presente caso, atendiendo a que a la fecha se encuentra iniciado el procedimiento Procedimiento Administrativo la autoridad responsable deberá dar celeridad y seguimiento al mismo, debiendo tomar en consideración las observaciones señaladas en el cuerpo de la presente Recomendación, debiendo además informar a este Organismo Nacional, las acciones efectivas realizadas en los mismos.

140. Por tanto, esta Comisión Nacional presentará denuncia penal en contra de AR, ante la Fiscalía General de la República, se deberá colaborar en el seguimiento e investigación de los hechos materia de la presente Recomendación, a fin de que éstos no queden impunes.

141. Se colabore ampliamente con este Organismo Nacional en la presentación y seguimiento de las quejas administrativas que se presenten ante el Órgano Interno de Control en el ISSSTE, en contra de AR, a fin de que se inicie e integre el procedimiento de investigación administrativa con motivo de las irregularidades ya precisadas; y se dé cabal cumplimiento a sus determinaciones y requerimientos.

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

❖ MEDIDAS DE NO REPETICIÓN.

143. Éstas se encuentran contempladas en los artículos 27, fracción V; 74 al 75 de la Ley General de Víctimas, y consisten en implementar las medidas que sean



necesarias a fin de evitar la repetición de hechos violatorios de derechos humanos y contribuir a su prevención, por ello, el Estado debe adoptar todas las medidas legales y administrativas y de otra índole para hacer efectivo el ejercicio de los derechos de las víctimas.

144. Por tanto, las autoridades del ISSSTE deberán implementar un curso integral a partir de la aceptación de la presente Recomendación, a AR, sobre capacitación y formación de los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionados con el derecho a la protección a la salud y de la vida, así como al trato digno, los cuales deberán ser efectivos para prevenir hechos similares a los que dieron origen a la presente Recomendación.

145. Los manuales y contenido de dichos cursos deberán estar disponibles de forma electrónica y en línea para que puedan ser consultados con facilidad, y se deberá realizar un registro de participantes, temario del curso, constancias y/o diplomas otorgados.

146. Por ello, la AR deberá diseñar e impartir en el término de tres meses contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral dirigido al personal médico del Servicio de Hematología, 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 con relación a la debida observancia al contenido de la Guía de Práctica Clínica, **padecimiento** en el Adulto, para prevenir hechos similares a los que dieron origen a la presente Recomendación.



147. Dicho curso deberá ser impartido por personal calificado, con suficiente experiencia en derechos humanos, así como estar disponible de forma electrónica y en línea, a fin de que pueda 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 exhorte al personal médico del área de Hematología del Hospital Regional “1° Octubre”, 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.

149. Lo anterior de conformidad en lo previsto por 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”*²⁹, en el que se especifican los trámites para allegarse de la referida certificación.

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

²⁹ Secretaría de Salud. Diario Oficial de la Federación de 25 de marzo de 2015.



V. RECOMENDACIONES.

PRIMERA. En coordinación con la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, y una vez que ésta emita el dictamen correspondiente conforme a los hechos y responsabilidades descritas y acreditadas en la presente Recomendación, la autoridad recomendada deberá proceder a la inmediata reparación integral del daño a V, con motivo de la negligente atención médica, en términos de la Ley General de Víctimas, así como se les inscriba en el Registro Nacional de Víctimas, a fin de que tengan acceso a los Recursos de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral correspondiente y se les otorgue atención psicológica y tanatológica, con base en las consideraciones planteadas que incluya la compensación, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Colabore con este Organismo Nacional en la presentación y seguimiento de la denuncia de hechos que este Organismo Nacional formule ante la Fiscalía General de la República, en contra de AR y se remitan las constancias que acrediten dicha colaboración.

TERCERA. Colabore con esta Comisión Nacional, en la presentación y seguimiento de la queja administrativa que se presente ante el Órgano Interno de Control en el ISSSTE, en contra de AR, como ha quedado descrito en la presente Recomendación, debiendo informar a este Organismo Nacional las acciones de colaboración.



CUARTA. 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 respectivas en los hechos constitutivos de violaciones a los derechos humanos de V.

QUINTA. Diseñar e impartir en el término de tres meses contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral dirigido al personal médico del Servicio de Hematología del Hospital Regional “1° de Octubre”, sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos, que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad relacionado con el derecho a la protección a la salud, así como a la debida observancia al contenido de la Guía de Práctica Clínica, **padecimiento** en el Adulto, el cual deberá ser efectivo para prevenir hechos similares a los que dieron origen a la presente Recomendación y deberá impartirse 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 pueda ser consultado con facilidad, y remita a esta Comisión Nacional, las constancias que acrediten su cumplimiento.

SEXTA. Gire 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 Hematología del Hospital Regional “1° de Octubre”, 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.

SÉPTIMA. 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.

150. 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.

151. 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.

152. Con el mismo fundamento jurídico, le solicito, en su caso, las pruebas respectivas al cumplimiento de la Recomendación se envíen a esta Comisión



Nacional, dentro de un término de quince días hábiles siguientes a la fecha en que haya concluido el plazo para informar sobre su aceptación.

153. Cuando las Recomendaciones no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o personas servidoras públicas, deberá fundar, motivar y hacer pública su negativa, con fundamento en los artículos 102, Apartado B, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 15, fracción X, y 46 de la Ley de la Comisión Nacional, ante ello este Organismo Nacional podrá solicitar al Senado de la República o en sus recesos a la Comisión Permanente de esa Soberanía, que requieran su comparecencia para que expliquen los motivos de su negativa.

PRESIDENTA

MTRA. MA. DEL ROSARIO PIEDRA IBARRA