

RECOMENDACIÓN NO. 246 /2022

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A LA PROTECCIÓN A LA SALUD, ASÍ COMO, AL ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD EN AGRAVIO DE V, ASÍ COMO, DE VI1, VI2 Y QV, EN EL HOSPITAL REGIONAL “GENERAL IGNACIO ZARAGOZA” DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO EN LA CIUDAD DE MÉXICO

Ciudad de México, a 16 de diciembre de 2022.

**DR. PEDRO MARIO ZENTENO SANTAELLA
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO DE
SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO**

Distinguido 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, párrafo primero, 6º, fracciones I, II y III, 15, fracción VII, 24, fracciones II y IV, 26, 41, 42, 44, 46 y 51, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 128 al 133 y 136, de su Reglamento Interno ha examinado las evidencias del expediente **CNDH/1/2021/386/Q**, sobre la atención médica brindada a V en el Hospital Regional Ignacio Zaragoza en la Ciudad de México.

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 6º, apartado A, fracción II, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 4º, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; 78, párrafo primero 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; 1, 3, 9, 11 fracción VI, 16, 113 fracción I y párrafo último, así como 117, párrafo primero, 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 el 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, son los siguientes:

Denominación	Clave
Víctima Directa	V
Víctima Indirecta	VI
Persona Quejosa Víctima	QV
Persona Autoridad Responsable	AR
Persona Servidora Pública	PSP

4. La referencia a diversas instituciones y normatividad en la materia se hará con siglas, acrónimos o abreviaturas para facilitar la lectura y evitar su constante repetición, por lo cual se identificarán de la siguiente manera:

Denominación	Siglas, acrónimos y abreviaturas
Comisión Nacional de los Derechos Humanos	Comisión Nacional, Organismo Nacional, CNDH



Denominación	Siglas, acrónimos y abreviaturas
Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas	CEAV
Corte Interamericana de Derechos Humanos	CrIDH
Guía de Práctica Clínica Detección Oportuna y Diagnóstico de Cáncer de Colon y Recto no Hereditario en Adultos en Primero, Segundo y Tercer Nivel de Atención	GPC Detección Oportuna y Diagnóstico de Cáncer de Colon y Recto
Hospital Regional “General Ignacio Zaragoza” del ISSSTE, en la Ciudad de México	Hospital Regional Ignacio Zaragoza
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado ISSSTE	ISSSTE
Ley General de Salud	LGS
Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico	NOM-Del Expediente Clínico
Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica	Reglamento de la LGS
Reglamento de Servicios Médicos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	Reglamento del ISSSTE
Suprema Corte de Justicia de la Nación	SCJN

I. HECHOS

5. QV informó a esta CNDH que, en mayo de 2018, se le detectó a su mamá (V) de 47 años en ese entonces, un tumor canceroso en el colon y a casi dos años de quimioterapia en el Hospital Regional Ignacio Zaragoza, esto es, en febrero de 2020, se le realizó “mal” la operación para extraerlo porque se le dejó “tejido infectado en el colon” de acuerdo con lo mencionado por un médico particular



6. AR nunca le comentó a QV, que su mamá V hubiera tenido alguna complicación ni expansión del cáncer y debido a que en mayo de 2020 presentó constantes dolores, acudió con un médico particular (refirió que por la contingencia en el ISSSTE se le negó atención), quien mediante tomografía detectó que el cáncer se había expandido a otros órganos: vejiga, recto, colon y esfínteres.

7. El 28 de marzo de 2020, V acudió al ISSSTE siendo atendida por PSP5, quien le comentó que su cáncer estaba muy avanzado y “no podían hacer nada, más que [brindar] cuidados paliativos (para calmar dolor y esperar la muerte)”.

8. A razón de dicho comentario, acudió al Hospital Privado 1 donde le quitaron los órganos “infectados” (sin que especificara en qué fecha), empero al haberse suscitado una complicación en su estado de salud el pago acordado se elevó a un determinado monto excesivamente elevado para QV.

9. Sin omitir señalar, que a las 19:30 horas del 18 de junio de 2020, V falleció en su domicilio por choque séptico y cáncer de colon metastásico, razón por la cual QV se inconformó ante esta CNDH, con la atención brindada en el ISSSTE, ya que considera que, si la hubieran atendido en tiempo y forma, esto es, desde que la operaron en febrero de 2020, le hubieran detectado la expansión del cáncer, en consecuencia, solicitó que dicho Instituto se hiciera cargo de los gastos generados en el Hospital Particular 1 como resultado de la mala atención otorgada a V.

10. A fin de investigar y analizar las probables violaciones a derechos humanos en agravio de V, el 12 de junio de 2020 se inició el expediente **CNDH/1/2021/386/Q** y se obtuvo copia de su expediente clínico y un informe de la



atención médica proporcionada en el Hospital Regional Ignacio Zaragoza cuya valoración lógico-jurídica será objeto de estudio en el capítulo de Observaciones y Análisis de las Pruebas de la presente Recomendación.

II. EVIDENCIAS

11. Correo electrónico y escrito de queja 12 de junio de 2020, a través de los cuales QV se inconformó ante esta CNDH, con la atención brindada a V en el Hospital Regional Ignacio Zaragoza.

12. Acta Circunstanciada de cuatro de julio de 2020, a través de la cual personal de esta Comisión Nacional hizo constar vía telefónica que QV informó que el 18 de junio de ese año, V había fallecido en su domicilio y debido a que el ISSSTE les negó el servicio cuando se puso mal acudieron a un nosocomio privado por lo cual debe pagar dichos gastos.

13. Oficio DNSyC/SAD/JSCDQR/DAQMA/3993-11/21 de 20 de julio de 2021, a través del cual el ISSSTE adjuntó a esta CNDH, copia del expediente clínico de V, destacándose lo siguiente:

13.1. Informe anatomopatológico de 10 de abril de 2018, mediante el cual se determinó que la endoscopia de tumor en recto evidenció que V presentaba “adenocarcinoma moderadamente diferenciado (Grado 2)”.¹

¹ El carcinoma moderadamente diferenciado conserva algunas características de las células en las cuales se originaron, cuando el tumor es pequeño y no ha penetrado la capa mucosa está en etapa I, en etapa II se hallan dentro de la pared muscular, y la III, afecta los ganglios linfáticos cercanos, en tanto los que están en etapa IV, son raros y se han diseminado (metástasis) a órganos lejanos.



13.2. Alta de Urgencias Médico Quirúrgicas del Hospital Regional Ignacio Zaragoza de 14 de mayo de 2018, en la cual se describió que V ingresó el 11 de ese mes y año, con dolor abdominal tipo pulsátil de intensidad 8/10, irradiación a región inguinal derecha, náuseas y pérdida ponderal seis kilogramos otorgándole alta por mejoría con diagnóstico de pseudoclusión intestinal (enlentecimiento del tránsito sin ser detención completa) secundaria a adenocarcinoma moderadamente diferenciado de colon.

13.3. Solicitud de referencia de pacientes de 16 de mayo de 2018, en la cual PSP1 adscrito a la Clínica de Medicina Familiar Iztapalapa II solicitó la referencia de V al Hospital Regional Ignacio Zaragoza con diagnóstico de “adenocarcinoma moderadamente indiferenciado de colon”.²

13.4. Nota de consulta de primera vez de Oncología Quirúrgica en el Hospital Regional Ignacio Zaragoza de 22 de mayo de 2018, en la cual AR diagnosticó a V, con cáncer de recto, obesidad mórbida III³ y depresión.

13.5. Criterios para valoración preoperatoria de Medicina Interna de cuatro de junio de 2018, en la cual se le estableció a V, un riesgo quirúrgico clase II (riesgo propio de la cirugía en paciente con enfermedad orgánica aguda o crónica).

² El adenocarcinoma es un tipo de cáncer que comienza en las células que forman las glándulas que produce el moco para lubricar el interior del colon y el recto.

³ Enfermedad crónica, compleja que puede provocar varios problemas de salud graves hasta reducir la esperanza de vida de la persona enferma.



13.6. Nota de ingreso a piso de Cirugía General de cinco de junio de 2018, en la cual PSP2 adscrito a dicho servicio reportó que V ingresó para inicio de protocolo de estudio por cáncer de recto.

13.7. Nota prequirúrgica de Cirugía General de cinco de junio de 2018, en la cual AR estableció que realizaría a V, laparotomía exploradora y colostomía de urgencia (abertura en el vientre -pared abdominal-) previa explicación de riesgos quirúrgicos.

13.8. Hoja de operaciones de Oncología Quirúrgica de cinco de junio de 2018, en la cual AR describió que en la resección anterior baja⁴ realizada a V encontró tumoración a nivel de recto de ocho cms. adherida a planos profundos, por lo cual, le realizó colostomía paliativa⁵ en región epigástrica y extirpación de epiplón (omentectomía) sin resección de tumor porque era irresecable.⁶

13.9. Nota de alta hospitalaria de 11 de junio de 2018, en la cual AR indicó el egreso de V con seguimiento en la consulta externa para revisión de la herida el 18 de ese mismo mes y año.

⁴ En esta operación, se extrae la parte del recto que contiene el tumor, luego el colon es adherido a la parte remanente del recto (inmediatamente tras la remoción del tumor o después en otra cirugía) para que el paciente pueda tener evacuaciones intestinales de la manera usual.

⁵ Procedimiento quirúrgico en el que se saca un extremo del intestino grueso a través de una abertura «estoma» hecha en la pared abdominal.

⁶ Los cánceres irresecables incluyen los cánceres que aún no se han propagado a ganglios linfáticos o a sitios distantes, pero que no son quirúrgicamente viables.



13.10. Hoja de Urgencias de 16 de junio de 2018, en la cual se diagnosticó a V, con probable compromiso de colostomía indicándose envío a la Unidad Médico Quirúrgica UMOX para atención y tratamiento.

13.11. Nota de ingreso a Urgencias Adultos de 16 de junio de 2018, en la cual personal médico de la Unidad Médico Quirúrgica UMOX diagnosticó a V, con disfunción de colostomía (disfunción de estoma) y datos de absceso⁷ de pared.

13.12. Nota de ingreso piso de Cirugía Oncológica de 20 de junio de 2018, en la cual se asentó que V ingresó con cáncer de recto, probable LAPE (laparotomía exploradora), omentectomía onfracolica⁸ y transversectomía,⁹ en espera de tiempo quirúrgico para remodelación de estoma.

13.13. Nota preanestésica y posanestésica de 20 de junio de 2018, en la cual se señaló que a V se le realizó laparotomía exploratoria y remodelación de estoma con riesgo quirúrgico ASA V.¹⁰

13.14. Indicaciones médicas del servicio de Cirugía Oncológica de 20 de junio de 2018, en la cual AR estableció dieta, soluciones, medicamentos y medidas generales como parte del seguimiento de V.

⁷ Un absceso es una acumulación de líquido infectado dentro del cuerpo cuyo drenaje utiliza la guía por imágenes para colocación de una aguja o catéter dentro del absceso para eliminar o drenar el líquido infectado y ofrece recuperación más rápida que el drenaje con cirugía abierta.

⁸ La omentectomía se inicia movilizándolo a cefálico la superficie libre para exponer la hoja peritoneal posterior, y desplegar un plano entre éste y la serosa del colon transverso. La parte infracólica del omento es movilizada completamente hasta que se accede a la transcavidad de los epiplones.

⁹ Su principal indicación es la obstrucción aguda del colon izquierdo siempre que sea posible dejar en el abdomen el segmento distal afectado causante del cuadro, para tratarlo posteriormente.

¹⁰ Clasificación de riesgo inminente de fallecer dentro de las 24 horas posteriores a la valoración.



13.15. Nota de evolución de Cirugía de 21 de junio de 2018, en la cual AR reportó a V, con signos vitales dentro de parámetros establecidos, asintomática, tolerando adecuadamente la vía oral y con excretas (heces) al corriente.

13.16. Informe anatomopatológico de 22 de junio de 2018, en el cual se reportó a los segmentos de intestino obtenidos el 20 de ese mes y año, sin evidencia de neoplasia residual,¹¹ con inflamación crónica granulomatosa a cuerpo extraño (sutura) en sitio de anastomosis,¹² necrosis grasa,¹³ ectasia¹⁴ y congestión vascular (vasos dilatados) de la submucosa, serositis aguda fibrinosa,¹⁵ sin que identificara ganglios linfáticos.¹⁶

13.17. Hoja de operaciones de 25 de junio de 2018, en la cual AR describió que realizaría lavado quirúrgico y debridación de la herida a V.

13.18. Informe anatomopatológico validado el seis de julio de 2018, en el cual se concluyó que la muestra de epiplón recibida el 25 de junio de ese año evidenció tejido adiposo con inflamación crónica moderada leve y congestión vascular.

¹¹ Se llama enfermedad residual a la presencia de células malignas después de haber recibido un tratamiento neoadyuvante. Es decir, cuando después de la cirugía, el cáncer no se ha eliminado del todo y necesita un tratamiento posterior alternativo para destruirlo por completo.

¹² Conexión quirúrgica entre dos estructuras, generalmente quiere decir conexión creada entre estructuras tubulares, como los vasos sanguíneos o las asas del intestino.

¹³ Manifestación histológica de la muerte celular en un organismo vivo con la consecuencia de pérdida de volumen y frecuente endurecimiento cicatricial de la zona.

¹⁴ Dilatación de los vasos sanguíneos.

¹⁵ La serosa es una fina capa de tejido similar al celofán que se envuelve alrededor de los órganos internos y funciona para evitar que todo se pegue, una función importante adicional de los tejidos serosos es la secreción de fluido lubricante (fluido seroso).

¹⁶ Pequeñas estructuras que funcionan como filtros que recolectan sustancias ajenas al cuerpo, tal como infecciones y células cancerosas.



13.19. Nota postquirúrgica de Oncología Quirúrgica de nueve de julio de 2018, mediante la cual AR indicó la realización de lavado quirúrgico y cierre de herida a V sin incidentes.

13.20. Nota de egreso hospitalario de diez de julio de 2018, en la cual AR asentó que a V se le sometió a nuevo procedimiento por infección de la herida y al encontrarla asintomática y sin dolor decidió su alta con cita en la consulta externa de Cirugía Oncológica.

13.21. Nota sin fecha en la que AR asentó que entregó pase de interconsulta a Oncología Médica para valoración de quimioterapia por cáncer de recto no resecable.

13.22. Nota de Oncología Médica -1ª vez- de 13 de agosto de 2018, en la cual se asentó que V no se presentó a la cita agendada.

13.23. Nota de Oncología Quirúrgica de seis de noviembre de 2018, en la que AR solicitó nueva interconsulta a Oncología Médica debido a que no se había resecado el tumor de recto de V.

13.24. Nota de Oncología Médica de 22 de noviembre de 2018, en la cual PSP4 reportó que debido a que V no contaba con estudios de imagen para estadificación adecuada ni marcador valoraría el inicio de tratamiento con cita subsecuente y altas posibilidades de enfermedad metastásica.



13.25. Interpretación de estudio tomográfico de abdomen de doble contraste de 26 de noviembre de 2018, la cual evidenció lesión tumoral de aspecto maligno en recto con invasión a útero y quiste parapiélico izquierdo.¹⁷

13.26. Nota de Oncología Quirúrgica de dos de diciembre de 2018, en la cual AR asentó que entregó a V, pase a Psicología por depresión.

13.27. Informe anatomopatológico de 13 de diciembre de 2018, en el cual se determinó que la biopsia de unión rectosigmoidea¹⁸ evidenció que V presentaba adenocarcinoma moderadamente diferenciado.

13.28. Nota de 17 de diciembre de 2018, en la cual se indicó que V aceptó tratamiento con quimioterapia paliativa.¹⁹

13.29. Nota del primer ciclo de quimioterapia de ocho de enero de 2019, en la cual se indicó manejó con xelox paliativo.²⁰

13.30. Nota de 16 de abril de 2019, en la cual PSP4 asentó que a V se le podía realizar procedimiento quirúrgico sin riesgo de sangrado a partir del 28 de ese mes y año.

¹⁷ Bolsas con fluidos que se forman en los riñones.

¹⁸ Punto entre el colon sigmoide y el recto.

¹⁹ Busca reducir sus síntomas y suele llevarse a cabo cuando el cáncer no está controlado porque se encuentra en una fase demasiado avanzada o porque se ha propagado a otras regiones.

²⁰ Nombre de una quimioterapia combinada para el tratamiento del cáncer colorrectal que se diseminó y se denomina quimioterapia paliativa porque el cáncer está en etapa avanzada y probablemente no pueda ser controlado.



13.31. Nota de valoración preanestésica de 25 de abril de 2019, en la cual se clasificó que V presentaba bajo riesgo (Goldman II).

13.32. Nota postquirúrgica de Cirugía General de 26 de abril de 2019, en la cual AR reportó que en la remodelación de estoma realizada a V no hubo complicaciones.

13.33. Nota de egreso hospitalario de 30 de abril de 2019, en la cual AR describió que sólo le remodeló la estoma a V, sin restitución intestinal por múltiples adherencias y en cuanto la advirtió con estoma funcional y sin datos de irritación peritoneal decidió su egreso.

13.34. Notas de 30 de julio y cinco de agosto de 2019, en las cuales PSP4 reportó a V, con diarrea grado uno y le estableció nuevo inicio de tratamiento y solicitó tomografía de control.

13.35. Tomografía del nueve de octubre de 2019, en la cual se reportó a V con probable extensión a sigmoides sin que se evidenciara en ese momento actividad ganglionar metastásica.

13.36. Nota de evolución de Cirugía Oncológica de 10 de febrero de 2020, en la cual AR indicó que debido a que V con deambulación libre y sin fiebre, valoraría su egreso al siguiente día.

13.37. Hoja de egreso hospitalario de 11 de febrero de 2020 en la cual AR precisó que realizó exploración pélvica y resección intestinal a V y dada su



adecuada recuperación postoperatoria indicó su egreso con vigilancia por la consulta externa.

13.38. Resultado de la valoración de colon sigmoides y útero remitida el 10 de febrero de 2020, la cual demostró adenocarcinoma de colon moderadamente diferenciando invasor y agregó que no se identificó el útero.

13.39. Nota de Oncología Médica de 22 de abril de 2020, en la cual PSP4 describió a V, con actividad tumoral residual e infiltración a vejiga.

13.40. Nota de Oncología Quirúrgica de 28 de mayo de 2020, en la cual el PSP5 indicó que en ese momento V no era candidata a tratamiento quirúrgico oncológico.

13.41. Notas psicológicas del dos, 14, 28 de enero, 11 y 25 de febrero de 2019, en las cuales el especialista en Psicología reseñó el tipo de contención brindado a V.

13.42. Resultado histopatológico de biopsia incisional²¹ de cúpula vaginal del seis de junio de 2020, el cual reportó que V cursaba un “adenocarcinoma moderadamente diferenciado de tipo intestinal”.²²

²¹ Procedimiento quirúrgico en el que se realiza una incisión en la piel para extraer muestra de un tejido anormal, parte de un bulto o un área sospechosa, el cual se observa al microscopio para verificar si hay signos de enfermedad.

²² El adenocarcinoma es un tipo de cáncer que comienza en las células que forman las glándulas que produce el moco para lubricar el interior del colon y el recto y el adenocarcinoma moderadamente diferenciado está en un nivel intermedio entre el bien y el poco diferenciado.



13.43. Copia simple del acta de defunción de 19 de junio de 2020, en la cual se asentó que V falleció a las 19:30 hora del 18 de ese mes y año, por choque séptico y cáncer de colon metastásico.

13.44. Informe de atención médica de cinco de julio de 2021, a través del cual AR describió la atención brindada en Oncología Quirúrgica a V, del 22 de mayo de 2018 hasta el 28 de mayo de 2020, cuando solicitó nueva valoración por Oncología Médica para continuidad de tratamiento paliativo de quimioterapia “el cual rechazó ya que decide acudir con médico particular”.

14. Opinión Médica de 25 de octubre de 2021, en la que personal médico de esta CNDH concluyó que la atención médica brindada en el Hospital Regional Ignacio Zaragoza a V durante el 22 de mayo, 11 y 16 de junio, así como, 10 de julio de 2018, fue inadecuada.

15. Oficio DNSyC/SAD/JSCDQR/DAQMA/4871-11/21 de 26 de agosto de 2021, a través del cual el ISSSTE adjuntó a esta CNDH, lo siguiente:

15.1. Informe de PSP6, encargado del servicio de Oncología Quirúrgica de tres de agosto de 2021, quien justificó la ausencia de notas médicas de 18 de julio de 2018, 28 y 29 de abril de 2019.

15.2. Nota de evolución de Cirugía de 22 de junio de 2018, en la cual AR reportó a V, sin datos de urgencia quirúrgica, diuresis al corriente, curaciones de herida quirúrgica y pendiente tiempo quirúrgico para lavado de la herida.



15.3. Carta de consentimiento informado de nueve de julio de 2018, en la que AR precisó que realizaría lavado y cierre de cavidad previa autorización de V.

15.4. Copia simple del oficio DNSyC/SAD/JSCDQR/DAQMA/4120-11/2 de seis de agosto de 2021, a través del cual el Departamento de Atención a Quejas Médicas y Administrativas del ISSSTE comunicó a QV que contaba con dos años a partir de la fecha de los hechos para presentar queja médica con documentos de solicitud de reembolso.

16. Acta Circunstanciada de 30 de agosto de 2022, en la que personal de esta CNDH hizo constar que durante la brigada con personal del ISSSTE informó que el Comité de Quejas Médicas concluyó que la atención brindada a V fue adecuada.

17. Acta Circunstanciada y correo electrónico de 20 de octubre de 2022, en la que personal de esta CNDH hizo constar la llamada telefónica con QV, quien precisó el nombre de sus hermanos VI1 y VI2 y adjuntó documentación relacionada con la atención médica que recibió su madre en el Hospital Privado 1.

18. Acta Circunstanciada de 9 de diciembre de 2022, en la que personal de esta CNDH hizo constar la llamada telefónica con QV, quien indicó que con motivo de los hechos que nos ocupan no denunció en el Órgano Interno de Control en el ISSSTE, ni en la Fiscalía General de la República.



III. SITUACIÓN JURÍDICA

19. El seis de agosto de 2021, el Departamento de Atención a Quejas Médicas y Administrativas del ISSSTE comunicó a QV, que en atención a la queja presentada ante esta CNDH por la presunta deficiencia en la atención médica brindada a V en el Hospital Regional Ignacio Zaragoza contaba con dos años a partir de la fecha de los hechos para que presentara su queja médica en dicho Instituto con documentos de solicitud de reembolso.

20. Sin embargo, el 30 de agosto de 2022, personal de la precitada Institución informó a personal de esta Comisión Nacional, que el Comité de Quejas Médicas concluyó que la atención brindada a V fue adecuada sin que ahondara en más información al respecto.

21. A la fecha de elaboración de la presente Recomendación, el 9 de diciembre de 2022, QV comunicó a personal de este Organismo Nacional, que no inició algún procedimiento de responsabilidades administrativas en el Órgano Interno de Control en el ISSSTE ni denuncia en la FGR derivadas de los hechos materia de la queja.

IV. OBSERVACIONES Y ANÁLISIS DE LAS PRUEBAS

22. Del análisis lógico jurídico de los hechos y evidencias que integran el expediente **CNDH/1/2021/386/Q**, en términos de lo dispuesto en el artículo 41, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, haciendo uso de un enfoque lógico jurídico 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 criterios jurisprudenciales aplicables de la SCJN y de la CrIDH, se cuenta con evidencias que acreditan violaciones a los derechos humanos a la protección a la salud que disminuyó las posibilidades de mejorar la condición de vida de V, así como, al acceso a la información en materia de salud en su agravio y de QV, VI1 y VI2 atribuibles a AR adscrito a Oncología Quirúrgica en el Hospital Regional Ignacio Zaragoza atento a las siguientes consideraciones.

A. CONTEXTO DE LAS PERSONAS QUE PADECEN CÁNCER DE RECTO Y LA IMPORTANCIA DE SU ESTADIFICACIÓN

23. V, mujer de 47 años de edad al momento de los hechos, con antecedentes de tabaquismo (20 años) e histerectomía, fue diagnosticada el 16 de mayo de 2018, con adenocarcinoma moderadamente diferenciado (grado dos) que ameritó su referencia al tercer nivel de atención donde fue dada de alta a su domicilio con citas de seguimiento en la consulta externa de Oncología Médica; sin embargo, se documentó que a las 19:30 horas del 18 de junio de 2020 falleció en su domicilio desprendiéndose del certificado de defunción como causas de su deceso: choque séptico y cáncer de colon metastásico.

24. Al respecto, en la Opinión Médica de esta Comisión Nacional se destacó que el adenocarcinoma de colon en fase avanzada con tumor irreseccable desde su diagnóstico y nula respuesta al tratamiento, es decir, con progresión de la enfermedad se considera de elevada mortalidad; sin embargo, en el caso particular se advirtió que desde que a V se le diagnosticó con neoplasia maligna



no se estadificó²³ la misma previo al procedimiento quirúrgico que AR le realizó como primera opción, lo que le hubiera brindado una alternativa terapéutica neoadyuvante más idónea para la reducción del tamaño del tumor antes de la cirugía y cuya trascendencia radica en lo siguiente.

25. En el marco del Día Mundial contra el Cáncer de Colon a través del comunicado de prensa de uno de abril de 2022,²⁴ el ISSSTE asentó que “(...) hasta 70% de casos de cáncer de colon son curables si se atienden oportunamente”, destacó que la población mexicana está más expuesta a dicha enfermedad por factores de riesgo como obesidad, alto consumo de carnes rojas, grasas, alimentos ultra procesados y ultrarrefinados,²⁵ adicción al alcohol o al tabaco.

26. En el precitado comunicado sugirió además la adopción de estilos de vida saludables porque México presenta alrededor de 50 mil casos al año de cáncer colorrectal principalmente en personas mayores de 50 años y destacó que en el caso de las mujeres después del cáncer de mama y el cérvico uterino se encuentra el de colon y recto.

27. El especialista en la materia puntualizó que el Hospital Regional Ignacio Zaragoza dispone de servicios de endoscopía de alta calidad para diagnosticar estas enfermedades y reiteró que cuando se trata a tiempo es curable, “(...) cuando se detecta más adelante, cuando ya hay metástasis, el Instituto cuenta

²³ La estadificación del cáncer es una manera de describir cuánto cáncer hay en el cuerpo y en qué partes está localizado también ayuda a determinar dónde está el tumor original, qué tan grande es, si se ha propagado y a dónde lo ha hecho.

²⁴ ISSSTE. disponible en <https://www.gob.mx/issste/prensa/hasta-70-de-casos-de-cancer-de-colon-son-curables-si-se-atienen-oportunamente-issste>

²⁵ Formulaciones a base de sustancias extraídas o derivadas de alimentos, contienen aditivos que dan color, sabor o textura para intentar imitarlos, encontrándose nutricionalmente desequilibrados.



con protocolos de tratamiento, incluso de Oncología Quirúrgica, quimioterapia y radioterapia, con buena respuesta en el control de la enfermedad.”

28. La Sociedad Americana Contra el Cáncer (American Cancer Society),²⁶ coincidió en que algunos de los tipos de cáncer que afectan a las mujeres con más frecuencia es el de seno, colon y recto, entre otros, precisó que después del diagnóstico de cáncer colorrectal los médicos tratarán de averiguar si se ha propagado y a qué distancia mediante un proceso denominado estadificación donde cada etapa o estadio describe cuánto cáncer hay, qué tan grave es y la mejor manera de tratarlo.

29. Indicó que en cánceres colorrectales las etapas más tempranas se identifican como 0 (cáncer muy precoz), luego de la etapa I (1) a la IV (4), por regla general, mientras más bajo sea el número menos se ha propagado la enfermedad, en tanto el número más alto, como la etapa IV, significa mayor propagación.²⁷

30. En la actualización del 19 de febrero de 2022, dicha Asociación resaltó la importancia de la estadificación del cáncer para que los médicos determinen las opciones de tratamiento más adecuadas pudiendo considerarse en etapas iniciales a la cirugía o radioterapia, y en las avanzadas, a la quimioterapia,

²⁶ Elaborado por el Equipo de redactores y equipo de editores médicos de la Sociedad Americana Contra El Cáncer, disponible en <https://www.cancer.org/es/saludable/cancer-datos-factuales/informacion-sobre-el-cancer-para-mujeres.html>

²⁷ Disponible en <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-colon-o-recto/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/clasificacion-de-la-etapa.html#:~:text=Los%20c%C3%A1nceres%20colorrectales%20en%20etapas,una%20mayor%20propagaci%C3%B3n%20del%20c%C3%A1ncer.>



tratamiento con medicamentos de terapia dirigida²⁸ o inmunoterapia²⁹ destacando entre las pruebas y estudios para su clasificación las siguientes:³⁰

30.1. Dependiendo de la ubicación, el examen físico podría dar idea de su magnitud, los estudios por imágenes proveen información sobre la cantidad y localización, en tanto, las pruebas endoscópicas confirman su existencia al igual que la biopsia.

30.2. Por lo general, la **etapa o estadio del cáncer se determina cuando la enfermedad es diagnosticada** antes de que el tratamiento inicie y en ocasiones, puede volver a clasificarse después de concluido el tratamiento.

30.3. La **estadificación clínica** da una estimación de la extensión del cáncer y con base a los resultados la mejor opción de tratamiento, igualmente cuando se requiere conocer la prognosis (pronóstico) de la enfermedad, por ejemplo, en temas de tasa de supervivencia desde su diagnóstico.

30.4. En la **estadificación patológica** se considera a la cirugía para extraer el tumor como primer tratamiento y el personal médico podrá determinar su etapa patológica (etapa quirúrgica) con base en los resultados de los exámenes y pruebas realizadas antes de la cirugía y la información obtenida durante ésta.

²⁸ Pueden bloquear o desactivar las señales que provocan que las células cancerosas crezcan o indicarles que se destruyan a sí mismas.

²⁹ Es un tipo de tratamiento del cáncer que ayuda al sistema inmunitario a combatirlo.

³⁰ Elaborado por el Equipo de redactores y equipo de editores médicos de la Sociedad Americana Contra el Cáncer disponible en https://www.cancer.org/es/tratamiento/como-comprender-su-diagnostico/estadificaciondelcancer.html#written_by



30.5. En ocasiones, la etapa patológica es distinta a la etapa clínica, por ejemplo, cuando la cirugía demuestra que el cáncer se ha propagado más de lo que los estudios por imágenes evidenciaron, por tanto, esta etapa presenta información más precisa para determinar qué tratamientos podrían necesitarse, predecir la respuesta al mismo y resultados (prognosis).

30.6. Estadificación de terapia post neoadyuvante o etapa posterapéutica, algunos tratamientos como la quimioterapia, tratamiento con medicamentos de terapia dirigida y radioterapia podrían considerarse como el primer tratamiento para intentar encoger el tumor previo a la cirugía (terapia neoadyuvante) o como tratamiento principal si no se tiene certeza sobre si la cirugía pudiera ser una opción.

30.7. La estadificación también podría realizarse después del primer tratamiento para medir la respuesta obtenida del cáncer, lo cual se puede hacer como etapa clínica (en caso de que la cirugía aún no se realice) para determinar qué tipo de cirugía debe emplearse, o bien, realizarse tras la cirugía lo cual puede ser útil para información más precisa.

30.8. La **etapa de recurrencia o reestadificación** consiste en realizar la clasificación del cáncer (cuando regresa), o si evoluciona, mediante las mismas pruebas realizadas cuando se diagnosticó y la nueva clasificación se añade a la etapa clasificada original sin que la reemplace siendo la más relevante para pronósticos y tasas de supervivencia.



31. El contenido del documento “Cáncer colorrectal: Estadios”,³¹ es coincidente con lo expuesto porque considera a la estadificación como una manera de describir dónde está ubicado el cáncer, si se ha diseminado y si está afectando otras partes del cuerpo y para determinarlo los médicos se basan en pruebas de diagnóstico y no será completa hasta que se hayan realizado todas destacándose lo siguiente:

31.1. El Sistema TNM de determinación del estadio,³² se trata de una herramienta para describir el estadio mediante resultados de las pruebas de diagnóstico y exploraciones para responder las siguientes preguntas: Tumor (T): ¿ha crecido el tumor en la pared interna del colon o el recto? ¿Cuántas capas?; Ganglio (Node, N): ¿el tumor se ha diseminado a los ganglios linfáticos? De ser así, ¿a dónde y a cuántos?; Metástasis (M): ¿se ha diseminado el cáncer a otras partes del cuerpo? De ser así, ¿a dónde y en qué medida?, cuyos resultados se combinan para determinar el estadio del cáncer.

31.2. Su clasificación es estadio 0 (cero), así como, I a IV (uno a cuatro), cuyo avance se destaca en el siguiente cuadro:

³¹ Aprobado por la Junta editorial de Cancer.Net formada por más de 150 oncólogos clínicos, cirujanos, pediátricos y radiooncólogos, personal de enfermería oncológica, auxiliares médicos, trabajadores sociales y defensores de los derechos de los pacientes disponible en <https://www.cancer.net/es/tipos-de-c%C3%A1ncer/c%C3%A1ncer-colorrectal/estadios>

³² La T se refiere al tamaño y extensión del tumor principal. El tumor principal se llama de ordinario el tumor primario. La N se refiere a la extensión de cáncer que se ha diseminado a los ganglios (o nódulos) linfáticos cercanos. La M se refiere a si el cáncer se ha metastatizado; es decir, si ha tenido metástasis. Esto significa que el cáncer se ha diseminado desde el tumor primario a otras partes del cuerpo.



Estadio o etapa	Consecuencias
Estadio 0	Denominado cáncer in situ, esto es, cuando las células cancerosas se encuentran solo en la mucosa o revestimiento interno del colon o el recto.
Estadio I	El cáncer ha crecido atravesado la mucosa e invadido la capa muscular del colon o el recto y no se ha diseminado a los tejidos cercanos o ganglios linfáticos.
Estadio IIA	El cáncer ha crecido y atravesado la pared del colon o del recto, pero no se ha diseminado a los tejidos o ganglios linfáticos cercanos.
Estadio IIB	El cáncer ha crecido a través de las capas musculares hasta llegar al revestimiento del abdomen denominado peritoneo visceral. No se ha diseminado a ganglios linfáticos cercanos ni a ninguna otra parte.
Estadio IIC	El tumor se ha diseminado a través de la pared del colon o del recto y ha invadido estructuras cercanas. No se ha diseminado a ganglios linfáticos cercanos ni a ninguna otra parte.
Estadio IIIA	El cáncer ha crecido a través del revestimiento interno o en las capas musculares del intestino. Se ha diseminado hacia uno a tres ganglios linfáticos, o hacia un ganglio del tumor en tejidos que rodean el colon o el recto que no parecen ser ganglios linfáticos, pero no se ha diseminado hacia otras partes del cuerpo.
Estadio IIIB	El cáncer ha crecido a través de la pared intestinal o en los órganos circundantes y en uno a tres ganglios linfáticos, o hacia un ganglio del tumor en tejidos que rodean el colon o el recto que no parecen ser ganglios linfáticos. No se ha diseminado a otras partes del cuerpo.
Estadio o etapa	Consecuencias
Estadio IIIC	Independientemente de la profundidad con que se extendió el cáncer de colon, se ha diseminado a cuatro o más ganglios linfáticos, pero no a otras partes distantes del cuerpo.
Estadio IVA	El cáncer se ha diseminado a una sola parte distante del cuerpo, como el hígado o los pulmones.
Estadio IVB	El cáncer se ha diseminado a más de una parte del cuerpo.
Estadio IVC	El cáncer se diseminó al peritoneo. También se pudo haber diseminado a otros lugares u órganos.
Recurrente	Reaparece después del tratamiento debiéndose realizar otra serie de pruebas para obtener información sobre el alcance de la recurrencia, siendo a menudo similares a aquellas que se realizan al momento del diagnóstico para describir el cáncer de manera que el personal médico pueda planificar de forma conjunta los mejores tratamientos.



32. Bajo este contexto, la CNDH considera que, el cáncer es una condición de salud que requiere vigilancia especializada y multidisciplinaria ante el evidente avance del desarrollo natural de la enfermedad lo cual amerita atención prioritaria, inmediata e integral para que se determine un diagnóstico adecuado que incluya la estadificación de la enfermedad aunado a la garantía de prestación de servicios, bienes y acciones que generen en la persona su gradual mejoría mediante la accesibilidad, disponibilidad, oportunidad y continuidad del manejo clínico inicial, por lo cual debe priorizarse su patología y aspectos concomitantes para que los pacientes alcancen el mayor bienestar posible, lo que en el caso particular no se le garantizó a V por lo siguiente.

B. DERECHO HUMANO A LA PROTECCIÓN A LA SALUD

33. La protección a la salud es un derecho humano vital e indispensable para el ejercicio de otros derechos, entendiéndose como la posibilidad de disfrutar una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar su más alto nivel,³³ reconociendo el artículo 4, párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, el derecho de toda persona a dicha protección.

34. La SCJN ha establecido que, “(...) El derecho a la salud, entre varios elementos, comprende: el disfrute de servicios de salud de calidad en todas sus formas y niveles, entendiéndose la calidad, (...), que exista personal médico

³³ CNDH. Recomendaciones: 174/2022, párrafo 35, 92/2022, párrafo 18, 71/2021, párrafo 41; 80/2019, párrafo 30; 77/2018, párrafo 16; 1/2018, párrafo 17; 56/2017, párrafo 42; 50/2017, párrafo 22; 66/2016, párrafo 28 y 14/2016, párrafo 28, entre otras.



capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, y condiciones sanitarias adecuadas (...).³⁴

35. 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 cual afirmó que el desempeño de las personas servidoras públicas de las instituciones de salud es fundamental ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se proteja y demanda la observancia de elementos que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.

36. 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, (...) salud y en especial (...) la asistencia médica y los servicios sociales necesarios (...)”; a su vez, el artículo XI, de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre indica que, “toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas (...), correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y (...) de la comunidad”.

37. El párrafo 1º, 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 humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás (...). Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. [Su] efectividad (...) se puede

³⁴ Jurisprudencia administrativa, “DERECHO A LA SALUD. SU PROTECCIÓN EN EL ARTÍCULO 271, SEGUNDO PÁRRAFO, DE LA LEY GENERAL DE SALUD. Semanario Judicial de la Federación, abril de 2009, Registro 167530.



alcanzar mediante (...) procedimientos complementarios, como (...) aplicación de (...) programas de salud elaborados por la (...) (OMS) o la adopción de instrumentos jurídicos concretos (...).³⁵

38. En los artículos 10.1 y 10.2, incisos a) y d), del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador”, se reconoce el derecho a la salud como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, por ello el Estado debe adoptar medidas para garantizarlo; la CrIDH en el “Caso Vera Vera y otra vs Ecuador”,³⁶ consideró que, “(...) los derechos a la vida y a la integridad personal se hallan directa e inmediatamente vinculados con la atención a la salud humana (...)”.

39. Del análisis realizado se advirtió que AR, adscrito a Oncología Quirúrgica del Hospital Regional Ignacio Zaragoza en su calidad de garante atento a lo establecido en los artículos 32 y 33, fracción II, de la LGS, vigente al momento de los hechos, omitió la adecuada atención médica que V requería para brindarle tratamiento oportuno basado en la estadificación del cáncer de recto diagnosticado lo que incidió en la vulneración a su derecho humano a la protección a la salud que derivó en la pérdida de la vida, así como, en la falta de acceso a la información en materia de salud en su agravio y de las víctimas indirectas, como se analizará posterior a sus antecedentes clínicos.

³⁵ “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”. Aprobada por la Asamblea General de la ONU, el 11 de mayo de 2000.

³⁶ Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 19 de mayo de 2011, párrafo 43.



❖ **Antecedentes clínicos de V**

40. V, persona del sexo femenino de 47 años al momento de los hechos con tabaquismo (20 años) a razón de tres cigarrillos diariamente e histerectomía a los 37 años sin resultado del estudio histopatológico ni mención de enfermedades crónico-degenerativas.

41. El 16 de mayo de 2018, en la Clínica de Medicina Familiar Iztapalapa II, PSP1 le comunicó que sus estudios de abril de ese año (17 de abril) demostraron cambios intestinales (estreñimiento, dolor abdominal generalizado y pérdida ponderal de seis kilogramos aproximadamente) y debido a que la colonoscopia³⁷ del nueve de ese mes y año demostró “(...) recto con distensibilidad alterada, el patrón valvular y vascular alterado desde los 13 hasta los 20 centímetros del margen anal se observa una imagen sésil (pólipo que crece ligeramente aplanado con base ancha), exofítica,³⁸ irregular, concéntrica que obstruye la luz en su totalidad y que no permitió el paso del colonoscopio”, le realizó biopsia de recto la cual demostró “adenocarcinoma moderadamente diferenciado (grado dos).”

42. Por la cual, PSP1 la refirió al Hospital Regional Ignacio Zaragoza acorde a lo establecido en la GPC Detección Oportuna y Diagnóstico de Cáncer de Colon y Recto cuando especifica que a los pacientes con diagnóstico de cáncer de colon o recto deberán ser referidos al servicio de Cirugía de colon y recto y/o Oncología Quirúrgica en el tercer nivel como se constató.

³⁷ La colonoscopia sirve para que su médico observe todo el intestino grueso y encontrar la causa de los problemas en una parte del intestino denominada colon, utilizada además para detectar cáncer colorrectal.

³⁸ Es una lesión sólida, excrecente y circunscrita que hace relieve franco sobre de la mucosa oral normal detectable a la inspección y a la exploración, y generalmente es de consistencia blanda, elástica o duroelástica.



B.1. Violación al derecho humano a la protección a la salud de V

43. El 11 de mayo de 2018, a V se le atendió en Urgencias del Hospital Regional Ignacio Zaragoza por dolor abdominal y tras protocolo de estudio se le diagnosticó pseudoclusión intestinal (enlentecimiento del tránsito sin ser detención completa) secundaria a adenocarcinoma moderadamente diferenciado de colon, la cual se resolvió con tratamiento conservador,³⁹ regresándola a su domicilio el 14 de ese mismo mes y año con dieta alta en fibra sin medicamentos, datos de alarma y cita abierta a Urgencias, en espera de su valoración en consulta externa por Oncología.

44. Si bien en la Opinión Médica de este Organismo Nacional se asentó que el 22 de mayo de 2018, fue revisada por personal médico de quien no se podía establecer nombre completo, en la parte superior de la nota médica se advirtió que fue AR, adscrito a Oncología Quirúrgica quien la diagnosticó con cáncer de recto, obesidad mórbida III y depresión, proponiéndole cirugía (resección anterior baja),⁴⁰ previa valoración preoperatoria y estudios de laboratorio y de gabinete para completar su protocolo.

45. En la citada Opinión Médica también se destacó que el tratamiento de elección para estadios avanzados de cáncer de recto, entidad clínica de elevada mortalidad es la cirugía radical pero conforme a la Literatura Médica Especializada debe **estadificarse** para establecer si los pacientes son candidatos a cirugía

³⁹ Tratamiento médico definido por evitación de medidas invasivas como cirugía u otros procedimientos invasivos con la intención de preservar funciones o partes del cuerpo.

⁴⁰ En esta operación, se extrae la parte del recto que contiene el tumor, luego el colon es adherido a la parte remanente del recto (inmediatamente tras la remoción del tumor o después en otra cirugía) para que el paciente pueda tener evacuaciones intestinales de la manera usual.



inmediata, o bien, si deben recibir tratamiento neoadyuvante (quimioterapia) lo que ha demostrado ser mejor que la adyuvancia⁴¹ para el control local y supervivencia además de aumentar radiosensibilidad⁴² al tumor lo que reduce la toxicidad colónica,⁴³ con lo cual se logra la disminución de las complicaciones asociadas y la posibilidad de esparcir el tumor durante la cirugía, e incluso se agregó que “(...) En el paciente con cáncer en estadio II o III se debe administrar tratamiento neoadyuvante con quimioterapia con 5-FU-oxiplatino, la cual ha demostrado mejoría en la supervivencia y enfermedad metastásica, en combinación con sesiones de radioterapia y posterior cirugía radical (...)”.

46. Sin embargo, AR no consideró la estadificación del cáncer de recto de V mediante auxiliares diagnósticos previo al procedimiento quirúrgico que le propuso ni solicitó su valoración por Oncología Médica para dicho efecto.

47. Bajo este contexto, y para ampliar el protocolo de estudio de V respecto a su padecimiento de base (cáncer de recto) y realizarle la cirugía (resección de tumor) propuesta, el cinco de junio de 2018, ingresó a Cirugía General a cargo de Oncología Quirúrgica siendo valorada por PSP2, quien la reportó con discreta elevación de tensión arterial (130/90 mmHg), resto de signos vitales sin alteraciones.

⁴¹ Terapias, tratamientos y fármacos que se administran de manera complementaria después del tratamiento principal. Los pacientes con cáncer reciben una terapia principal con el objetivo de eliminar o reducir el tumor que lo originó.

⁴² Capacidad o susceptibilidad a la radiación de una célula o tejido vivo para mostrar alteraciones por los efectos biológicos de la radiación. Está regido por las leyes de Bergonie y Tribondeau, que indican que una célula es más radiosensible cuanto mayor sea su capacidad reproductora, más largo sea su porvenir cariocinético y cuanto menos diferenciada sea.

⁴³ Esta afección se presenta cuando una hinchazón e inflamación se disemina a las capas más profundas del colon y como resultado, deja de funcionar y se ensancha pudiendo romperse en casos graves.



48. A la exploración física, PSP2 la describió con escala de conciencia normal (Glasgow 15), entre otros, y diagnóstico de “cáncer de recto” ya conocido, le administró soluciones parenterales, analgésico (tramadol) e impregnación con antibiótico (ceftriaxona) de manera profiláctica,⁴⁴ dejándola en espera de tiempo quirúrgico con vigilancia estrecha, agregó que el cuatro de ese mes y año, Medicina Interna le estableció un riesgo quirúrgico clase II (riesgo propio de la cirugía en paciente con enfermedad orgánica aguda o crónica).

49. El mismo cinco de junio de 2018, AR explicó a V, los riesgos de la cirugía mediante el consentimiento informado y durante la laparotomía exploratoria bajo anestesia general encontró tumoración a nivel de recto de aproximadamente ocho cm. adherida a planos profundos, realizó transversostomía⁴⁵ y omentectomía (extirpación de epiplón), y un orificio de colostomía en región epigástrica (sacar extremo del intestino grueso a través de una abertura «estoma» hecha en la pared abdominal) con extracción de colon transverso, sin embargo, el laboratorio de patología sólo reportó que el epiplón demostró tejido adiposo con inflamación crónica moderada leve y congestión vascular sin que se recibiera el colon transverso.

50. En opinión de especialista de esta CNDH, se destacó que a V no se le realizó resección de tumor porque se encontraba fijo a planos óseos, vejiga y parametritos, es decir, era irreseccable, lo cual ensombrecía totalmente su pronóstico, en ese sentido, la Literatura Médica Especializada de Cáncer de Recto

⁴⁴ Aquello que se utiliza para prevenir la aparición de una enfermedad o el surgimiento de una infección, la medicina profiláctica es la rama que se orienta a la prevención.

⁴⁵ Su principal indicación, es la obstrucción aguda del colon izquierdo siempre que sea posible dejar en el abdomen el segmento distal afectado causante del cuadro, para tratarlo posteriormente.



señala que “(...) en casos tan avanzados que no permiten un tratamiento quirúrgico radical como es el tumor irreseccable (...), se procederá a asegurar el tránsito intestinal mediante by-pass intestinales o colostomía (...) Siempre se tomarán biopsias que deberán ser confirmadas de manera intraoperatoria que corresponden a tejido tumoral primitivo o metastásico (...)”, lo que no realizó AR.

51. Tampoco solicitó la valoración de V, por Oncología Médica pese a los hallazgos reportados para que se valorara la aplicación de quimioterapia o radioterapia y evitarse en la medida de lo posible la progresión de la enfermedad, máxime que de acuerdo a lo descrito en el Literatura Médica Especializada “(...) la ventaja de la radioterapia es lograr que los tumores no resecables (tumores que aun con resección quirúrgica tienen alto riesgo de recurrencia local que implica afección de la fascia propia del recto) se conviertan en resecables, en cuyo caso, el esquema de radioterapia deberá ser el convencional de cinco a seis semanas a dosis de 45 a 55 Gy⁴⁶ seguido de cirugía en las primeras seis semanas posteriores al tratamiento (...)”, lo cual AR no consideró como parte de su seguimiento.

52. A su egreso de quirófano, V continuó con soluciones parenterales, analgésico y antibioticoterapia a doble esquema de manera profiláctica, los días subsecuentes evolucionó con tendencia a la mejoría, colostomía funcional, peristalsis presente,⁴⁷ signos vitales adecuados y hemodinámicamente estable, por lo cual el 11 de junio de 2018, AR indicó su egreso a domicilio con cita abierta a Urgencias por datos de alarma y a consulta externa para valoración de la herida

⁴⁶ En radioterapia la unidad de medida es el Gray (Gy) que es la energía absorbida por unidad de masa y la dosis total varía en función de la intención del tratamiento (radical o paliativo).

⁴⁷ Movimiento ondulatorio de los músculos del intestino u otros órganos tubulares que se caracteriza por la contracción y relajación alternadas de los músculos que impulsan hacia adelante lo que contienen.



quirúrgica y retiro de puntos, sin que considerara su revisión previa por Oncología Médica para verificar si a través de la radioterapia pudiera convertirse en resecable el tumor.

53. A cinco días de que AR egresó a V, esto es, el 16 de junio de 2018, presentó dolor abdominal, vómito y aparente fuga de colostomía (disfunción de estoma), por lo cual acudió a Urgencias del Hospital Regional Ignacio Zaragoza siendo valorada por PSP3, quien la reportó con incremento de la frecuencia cardiaca y ante el probable compromiso de colostomía la derivó a la Unidad Médico Quirúrgica UMOX para atención y tratamiento.

54. En dicha Unidad, V comunicó que inició su padecimiento dos días atrás con dolor abdominal en colon izquierdo, disfunción de bolsa de colostomía por fuga (disfunción de estoma) y fiebre no cuantificada, en ese momento, con elevación de la frecuencia cardiaca (106 latidos por minuto adecuado 60 a 80).

55. Y debido a que a la exploración física se le apreció consciente, con facies de dolor, palidez de tegumentos, abdomen distendido, globoso, depresible con bolsa de colostomía, colon izquierdo con aumento de temperatura y coloración rojiza (hipertermia e hiperemia), dolor en todo el marco cólico,⁴⁸ entre otros, se le diagnosticó con disfunción de colostomía y datos de absceso de pared ordenándose oportunamente su hospitalización con soluciones parenterales, protector de la mucosa gástrica, analgésico, antibiótico a doble esquema,

⁴⁸ Desde el ciego al recto, el colon forma una serie de curvas que forman lo que se denomina el marco cólico y cuando el colon está inflamado, pierde la capacidad de absorción, por lo cual las heces son menos consistentes (pastosas o incluso líquidas).



antiemético y solicitud de estudios de laboratorio y valoración inmediata por Oncología Quirúrgica.

56. Se desconoce su seguimiento del 17 al 19 de junio de 2018 (lo cual será valorado en el apartado correspondiente), siendo hasta el 20 de ese mes y año, cuando ingresó a piso de Cirugía Oncológica donde diverso especialista la diagnosticó con colostomía disfuncional y estoma aparentemente umbilicado,⁴⁹ empero ante el incremento de células blancas indicativas de proceso inflamatorio e infeccioso solicitó oportunamente tiempo quirúrgico para su remodelación.

57. El mismo 20 de junio de 2018, AR le realizó a V, laparotomía exploratoria y remodelación de la estoma bajo anestesia general balanceada y observó estoma umbilicada y bordes con material purulento el cual disecó (separación de tejidos) y remodeló, durante la cirugía mantuvo adecuada hemostasia,⁵⁰ fijó la estoma y dejó herida quirúrgica abierta por infección dando por terminado el evento quirúrgico sin complicaciones.

58. Desde el punto de vista médico forense el especialista de esta CNDH indicó que si bien AR atendió la complicación presentada por V (disfunción del estoma), también lo es que hasta ese momento aún no contaba con la estadificación del cáncer de recto para que pudiera establecerse si era candidata o no a tratamiento

⁴⁹ Una estoma hundida o “umbilicado” puede significar tracción interna por los movimientos de la pared o por el intestino, pudiendo ocasionar que las heces no se evacúen adecuadamente a través de la estoma.

⁵⁰ Se refiere a los procesos corporales innatos y escalonados que ocurren después de la lesión de un vaso, lo que da como resultado formación de coágulos y el cese del sangrado en 2 fases: primaria y secundaria.



adyuvante,⁵¹ lo cual se confirmó al no haber solicitado una vez más su valoración por Oncología Médica debido a que conforme a lo descrito en la Literatura Médica Especializada “(...) El tratamiento local mediante resección transanal o microcirugía endoscópica deben utilizarse en tumores T1⁵² con una histología y clínica favorables. La cirugía laparoscópica parece promisorio con seguridad oncológica y quirúrgica; sin embargo, se requieren más estudios que muestren este beneficio (...)”, sin que lo considerara el referido profesionalista.

59. Debido a que para el 21 de junio de 2018, AR encontró a V, con signos vitales dentro de parámetros adecuados, refiriéndose asintomática, con tolerancia a la vía oral y excretas al corriente; consciente, orientada, cooperadora, con adecuada coloración de tegumentos, regular estado de hidratación, abdomen blando depresible no doloroso a la palpación, peristalsis disminuida en frecuencia y resultados de laboratorio adecuados, indicó seguimiento con vigilancia estrecha y curaciones de herida quirúrgica cada ocho horas.

60. El 25 de junio de 2018, patología reportó que el estudio histopatológico del producto de resección anterior baja de segmentos de intestino obtenida el 20 de ese mes y año, sin evidencia de neoplasia residual,⁵³ con inflamación crónica granulomatosa a cuerpo extraño (sutura) en sitio de anastomosis (conexión quirúrgica entre dos estructuras), necrosis grasa, ectasia (dilatación de los vasos

⁵¹ Tratamiento que se administra como primer paso para reducir el tamaño del tumor antes del tratamiento principal que generalmente consiste en cirugía, entre los cuales se encuentran la quimioterapia, la radioterapia y la terapia hormonal. Es un tipo de terapia de inducción.

⁵² Se refiere al tamaño y/o extensión del tumor principal, en cuanto más grande es el número después de la T, mayor es el tumor o tanto más ha crecido en los tejidos cercanos.

⁵³ Remanente de un tumor o cáncer luego de un tratamiento primario, potencialmente curativo.



sanguíneos) y congestión vascular de la submucosa,⁵⁴ serositis aguda fibrinosa,⁵⁵ sin que se identificaran ganglios linfáticos.

61. En opinión del personal médico de esta CNDH, el producto de resección anterior baja segmentos de intestino y epiplón, no mostraron datos de actividad tumoral que sugirieran proceso metastásico, o bien, progresión de la enfermedad en ese momento, de ahí la trascendencia de que V fuera valorada por Oncología Médica para verificar la posibilidad de indicarle quimioterapia o radioterapia para evitar en la medida de lo posible la progresión de su padecimiento, lo cual AR minimizó.

62. Sin que se constatará su seguimiento del 23 al 24 de junio de 2018 (lo cual también será considerado en el apartado correspondiente), ya que hasta el 25 de ese mes y año, AR solicitó tiempo quirúrgico para lavado de cavidad bajo anestesia general y ante los hallazgos de exudado turbio purulento (drenaje espeso de color amarillo, gris o verde que sale de una herida cuando la infección invade el área) con bordes de herida hipertrófico (aumento de tamaño), la desbridó (remoción del tejido muerto o dañado para mejorar el proceso de cicatrización) con colocación de apósitos⁵⁶ con solución antiséptica y acción antimicrobiana local de

⁵⁴ La congestión aguda los vasos están dilatados, la sangre se acumula en las venas y capilares, por lo regular no tiene consecuencias, pero si ocurre muy rápido, la hipoxia resultante y la compresión mecánica del tejido en contacto con los vasos dilatados puede causar necrosis en la superficie interna de la pared del tubo digestivo.

⁵⁵ La serosa es una fina capa de tejido similar al celofán que se envuelve alrededor de los órganos internos y funciona para evitar que todo se pegue. Una función importante adicional de los tejidos serosos es la secreción de fluido lubricante (fluido seroso).

⁵⁶ Producto sanitario para cubrir y proteger una herida cuya función es proporcionar alivio del dolor, actuar de barrera frente a la infección, absorber el exudado que ésta produce y permitir adecuada circulación sanguínea y optimizar el proceso de cicatrización.



amplio espectro, es decir, remodeló la estoma y ante el proceso infeccioso dejó cavidad abdominal abierta con diagnóstico de infección de herida quirúrgica.

63. V egresó de quirófano a Cirugía General a cargo de Oncología Quirúrgica encontrándosele en días subsecuentes hemodinámicamente estable con úresis y evacuaciones al corriente, estoma funcional, con tolerancia de la vía oral y esquema antibiótico que concluyó el nueve de julio de 2018, realizándole AR, cierre de herida sin incidentes y dada su satisfactoria evolución, el 10 ese mes y año indicó su egreso a domicilio con cita abierta a Urgencias, a consulta externa de Oncología para revisión y retiro de puntos con medicamentos (sin que especificará).

64. El especialista de esta CNDH reiteró que debió considerar su valoración previa por Oncología Médica para que mediante quimioterapia o radioterapia adyuvante evitarán la progresión de la enfermedad máxime que en el primer evento quirúrgico al que la sometió AR obtuvo como hallazgo “tumor irresecable”, aunado a que como se señaló los resultados de patología del 25 de junio de 2018 evidenciaron que el producto de resección anterior baja de segmentos de intestino y epiplón aún no mostraba datos de actividad tumoral que sugirieran proceso metastásico o progresión de su padecimiento hasta ese momento.

65. En la precitada Opinión Médica igualmente se destacó que, de acuerdo con lo referido por el propio AR, en su informe médico del cinco de julio de 2021, desde el 10 de julio de 2018, cuando indicó el egreso de V, se le planteó junto a sus “familiares” la posibilidad manejo con quimioterapia para reducir el tamaño de su tumor e intentar de nuevo su resecabilidad.



66. No obstante la trascendencia de dicho manejo hasta el seis de agosto de 2018, esto es, tres meses posteriores al momento en que la diagnosticó con cáncer de recto le entregó la solicitud de interconsulta para valoración y manejo con quimioterapia en el servicio de Oncología Médica, lo que en opinión del personal médico de este Organismo Nacional evidenció dilación injustificada para dicho inicio ya que previamente AR la sometió a evento quirúrgico sin la adecuada estadificación de su neoplasia maligna y en ese sentido, la Literatura Médica Especializada refiere que “(...) La estadificación preoperatoria con ultrasonografía transrectal o resonancia magnética es importante para seleccionar a los pacientes que tienen cáncer de recto y que deben someterse inmediatamente a cirugía o deben recibir tratamiento neoadyuvante (...),” lo que al no haber acontecido abonó en el detrimento al estado de salud de V como se constatará más adelante.

67. Esta Comisión Nacional tampoco soslaya la inasistencia de V a la cita programada para el 13 de agosto de 2018 en Oncología Médica a fin de que se valorara el inicio de quimioterapias, comentándole el seis de noviembre de ese mismo año a AR, que no acudió por depresión sin que aceptara su envío a Psicología como parte del “manejo integral en enfermedades terminales”, situación que no demerita las omisiones y dilación en que incurrió AR, quien en la opinión del especialista de este Organismo Nacional debió solicitar su valoración por Oncología Médica para estadificarle el cáncer diagnosticado desde el 22 de mayo de 2018 cuando la atendió por primera vez, lo pudo haber limitado la progresión de su padecimiento, teniendo que pasar tres meses para que solicitara dicha interconsulta como se acreditó.

68. El hecho de que AR solicitara nueva interconsulta a Oncología Médica para que V iniciara sus ciclos de quimioterapia y verificar la posibilidad de resección de



tumor con estudios de laboratorio y de gabinete, personal de este Organismo Nacional fue contundente al concluir desde el punto de vista médico forense que es cierto que el adenocarcinoma de colon en fase avanzada con tumor irreseccable desde su diagnóstico y con nula respuesta al tratamiento es de elevada mortalidad; sin embargo, “desde el diagnóstico de la neoplasia maligna no se estadificó previo al procedimiento quirúrgico con la finalidad de brindar oportunamente la alternativa terapéutica neoadyuvante más idónea”, lo cual se corroboró con la ausencia de alguna nota o constancia que estableciera el estadio del cáncer de recto con el cual cursaba V, aunado a que tampoco solicitó su nueva valoración con carácter inmediato.

69. Lo cual se confirmó porque fue hasta el 22 de noviembre de 2018, cuando PSP4 adscrita a Oncología Médica la recibió y ante la ausencia de estudios de imagen para la estadificación adecuada del “cáncer de colon”, le otorgó cita subsecuente con resultados para determinar el inicio de quimioterapias y asentó que contaba con altas posibilidades de enfermedad metastásica, lo cual evidenció la dilación en la referencia a dicho servicio por AR.

70. El dos de diciembre de ese mismo año, V recibió pase a Psicología para manejo integral por depresión de enfermedad neoplásica en apego a lo señalado en la Guía de Práctica Clínica, Cuidados Paliativos, la cual sugiere que se brinde dicha atención en caso de enfermedad o condición avanzada crónica e incurable como padecimientos oncológicos, entre otros, independientemente del pronóstico de tiempo de sobrevivencia, debiéndose incluir como parte del control efectivo de síntomas la valoración personalizada y tratamiento por síntoma con información a la persona enferma y a su familia, considerándose en todo momento sus preferencias; sin embargo, esta CNDH no pasó inadvertido que AR diagnosticó a



V desde el 22 de mayo de 2018 con depresión, sin que le brindara el seguimiento respectivo.

71. El 13 de diciembre de 2018, se realizó a V colonoscopia de control con toma de biopsia de unión recto-sigmoidea informándosele en la consulta de externa de Oncología Médica del 17 de ese mes y año, que su tomografía en opinión del personal médico de esta CNDH evidenció lesión tumoral de aspecto maligno en recto y que el reporte histopatológico de la biopsia del 13 de ese mes y año, demostró “adenocarcinoma moderadamente diferenciado”, entidad clínica grave de elevada mortalidad y mal pronóstico que ameritó en apego a la precitada Guía de Práctica Clínica, Cuidados Paliativos, que PSP4 le propusiera quimioterapia paliativa.

72. V recibió su primer ciclo de quimioterapia de cuatro que se programaron desde el ocho de enero al 21 de febrero de 2019, continuó con valoraciones en Psicología y el 16 de abril de ese año, PSP4 le informó que se le remodelaría la estoma el 26, suspendiéndole las quimioterapias para que estuviera en las mejores condiciones para su procedimiento quirúrgico.

73. Sin embargo, el 26 de abril de 2019, AR reportó múltiples adherencias fijas interasas (acumulación de líquido entre el revestimiento del abdomen y órganos abdominales), por lo cual, difirió la restitución intestinal realizándole únicamente remodelación de la estoma con cierre de pared a cuyo término V ingresó a piso de Cirugía General, y ante su evidente mejoría, el 29 de ese mes y año, decidió su egreso a domicilio para el 30 de abril de 2019, con cita abierta a Urgencias y en la consulta externa de Oncología Quirúrgica para retiro de puntos.



74. En la revisión de Oncología Médica de 30 de julio de 2019, PSP4 la describió con diarrea y asentó que no tomó su medicamento con horario (loperamida) ni acudió a las citas en Nutrición, conminándola en el apego al tratamiento, estableciéndole el cinco de agosto de 2019, nueva quimioterapia (sin especificar cuántos ciclos) con antineoplásicos combinados (Xelox:⁵⁷ Oxaliplatino y Capecitabina), con solicitud de tomografía de control en apego a lo establecido en la Literatura Médica Especializada actualizada.

75. El nueve de octubre de 2019, la tomografía solicitada evidenció imagen de cáncer de recto (ya conocido) con probable extensión a sigmoides, es decir, progresión de la enfermedad, sin que se evidenciara hasta ese momento actividad ganglionar metastásica,⁵⁸ quiste simple hepático⁵⁹ y quiste parapiélico izquierdo,⁶⁰ por lo cual PSP4 determinó que continuaría con quimioterapia paliativa para un evento quirúrgico de rescate,⁶¹ esto es, resección de su tumor.

76. Bajo este contexto, el siete de febrero de 2020, previa firma de consentimiento informado y valoración preanestésica, AR obtuvo como hallazgo tumor de recto de 17 cms. que involucraba parametrios, vagina (firmemente adherido) con zonas de necrosis y olor fétido, realizó resección parcial quedando

⁵⁷ Nombre de una quimioterapia combinada para el tratamiento del cáncer colorrectal que se diseminó encontrándose en estudio para el tratamiento de otros tipos de cáncer.

⁵⁸ Cuando las células cancerosas también pueden propagarse a los ganglios linfáticos desde un cáncer en cualquier parte del cuerpo.

⁵⁹ Lesiones benignas con contenido líquido localizadas en el hígado.

⁶⁰ Bolsas con fluidos que se forman en los riñones.

⁶¹ Alude al tratamiento quirúrgico destinado a tratar o modificar las complicaciones o resultados negativos de un tratamiento quirúrgico previo o cualquier complicación derivada del propio tratamiento.



tumor residual⁶² en cara posterior de vejiga y parametrios, enviando el material a histopatología.

77. El especialista de esta Comisión Nacional indicó que conforme a la Literatura Médica Especializada actualizada el cáncer de colon en fase avanzada y de pobre respuesta a tratamiento, es decir, con progresión de la enfermedad e infiltración en tejidos vecinos como aconteció en el caso de V y que fue documentado como “adenocarcinoma moderadamente diferenciado”, es una entidad clínica de muy mal pronóstico y de elevada mortalidad.

78. No obstante, V evolucionó con adecuada recuperación postoperatoria, reportándola AR el 10 de febrero de 2020, como asintomática, con tolerancia a la vía oral, signos vitales en parámetros adecuados, consciente con abdomen blando depresible y sin datos de irritación peritoneal, por lo cual, el 11 de ese mes y año ordenó su egreso a domicilio con cuidados de herida quirúrgica, valoración en la consulta externa para seguimiento y cita abierta Urgencias de ser necesario, lo que el especialista de esta CNDH consideró adecuado.

79. En la revisión del 22 de abril de 2020, PSP4 le comunicó a V, que el tres de marzo de 2020, el estudio histopatológico del colon sigmoides resecado demostró “adenocarcinoma de colon moderadamente diferenciado invasor, invasión extensa a muscular propia, serosa (recubrimiento exterior de los órganos y cavidades del cuerpo del abdomen y el pecho incluso el estómago) y tejido adiposo adyacente e

⁶² Se llama enfermedad residual a la presencia de células malignas después de haber recibido un tratamiento neoadyuvante. Es decir, cuando después de la cirugía, el cáncer no se ha eliminado del todo y se necesita un tratamiento posterior alternativo para destruirlo por completo.



invasión vascular y linfática⁶³ identificada”, lo que en opinión del especialista de esta CNDH, se refería a progresión de la enfermedad de base, esto es, de su cáncer de recto, lo cual ameritó nuevos estudios de laboratorio y gabinete de control.

80. Como parte de su seguimiento médico, el 28 de mayo de 2020, PSP5 adscrito a Oncología Quirúrgica en el Hospital Regional Ignacio Zaragoza la reportó con colostomía funcional, al tacto vaginal con tumor exofítico⁶⁴ y que abomba fondos de saco⁶⁵ sangrante con tumor pediculado que mide cinco cms. de diámetro, al tacto rectal tumor de dos cms. fijo a paredes pélvicas y región coccígea (parte más baja de la columna vertebral), por lo cual le retiró la lesión pediculada de cavidad vaginal (biopsia incisional de cúpula vaginal), sin embargo, en la Opinión Médica de esta CNDH se destacó que no especificó sus condiciones ni dónde lo realizó, pero sí se constató el envío de dicha muestra a Patología.

81. PSP5 agregó que V acudió a medio privado para evento quirúrgico sin especificar por qué ni de qué tipo y como parte de su seguimiento, él solicitó su valoración por la Unidad de Cuidados Paliativos en apego a la Guía de Práctica Clínica, Cuidados Paliativos mencionada, documentándose el seis de junio de 2020 como resultado histopatológico de la biopsia incisional de cúpula vaginal que le realizó que para ese momento ya presentaba “adenocarcinoma moderadamente diferenciado de tipo intestinal”.

⁶³ La presencia de células cancerosas en los vasos sanguíneos se conoce como “invasión vascular” y en los vasos linfáticos como “invasión linfática”.

⁶⁴ El cáncer del lado derecho (colon ascendente y ciego) tiende a tener un patrón exofítico, es decir, el tumor crece hacia la luz intestinal comenzando desde la pared de la mucosa y raramente causa obstrucción del paso de las heces y presenta síntomas como anemia.

⁶⁵ El fondo de saco de Douglas es un espacio virtual ubicado en el punto más profundo de la cavidad peritoneal posterior, en las mujeres se denomina fondo de saco rectouterino y se ubica detrás del útero y delante del recto.



82. En la Opinión Médica de esta Comisión Nacional se hizo énfasis que la última ocasión que V fue atendida en el Hospital Regional Ignacio Zaragoza correspondió al 28 de mayo 2020, esto es, cuando PSP5 la valoró sin que se pudiera establecerse su manejo médico en el nosocomio particular aunado a que el 18 de junio de ese año lamentablemente falleció en su domicilio por choque séptico y cáncer de colon metastásico conforme a los datos contenidos en el acta de defunción.

83. Se reiteró desde el punto de vista médico forense si bien el adenocarcinoma de colon en fase avanzada con tumor irreseccable desde su diagnóstico y con nula respuesta al tratamiento, es decir con progresión de la enfermedad es de elevada mortalidad, también lo es que “(...) desde que a V se le diagnosticó con cáncer no se estadificó la neoplasia maligna previo al procedimiento quirúrgico que AR le realizó, lo cual impidió que se le brindara la alternativa terapéutica neoadyuvante más idónea, como fue ampliamente descrito”.

84. El referido personal médico de esta CNDH concluyó que la atención médica brindada a V fue inadecuada por lo siguiente:

84.1. El 22 de mayo de 2018, AR propuso a V y a su “familiar”, cirugía de resección anterior baja para completar su protocolo; sin embargo, previo a dicho procedimiento quirúrgico omitió la estadificación del diagnóstico de cáncer de recto mediante auxiliares diagnósticos sin que solicitara la valoración por Oncología Médica para dicho efecto, lo que le hubiera brindado otras opciones terapéuticas.



84.2. AR también incurrió en irregularidad el 11 de junio de 2018, cuando indicó su egreso a domicilio pese al reporte de “tumor irreseccable debido a que se encontraba fijo a planos óseos, vejiga y parametrios”; el 16 de junio de 2018, cuando reingresó por disfunción de la estoma después de intervenirla el 10 de julio de ese año, nuevamente indicó su egreso sin que en ambas ocasiones considerara la valoración previa por Oncología Médica para que se verificara la posibilidad de indicarle quimioterapia o radioterapia y evitar en la medida de lo posible la progresión de su enfermedad de base.

84.3. Hasta el seis de agosto de 2018, le entregó el pase de interconsulta a Oncología Médica, esto es, después de tres meses de que la diagnosticó con cáncer de recto, lo cual constituyó dilación injustificada en el inicio de dicho manejo, y como se mencionó, si bien V no acudió a la primera cita, ello no demerita las omisiones de AR, quien le realizó un evento quirúrgico sin la adecuada estadificación de la neoplasia maligna con la cual la diagnosticó.

84.4. Del resultado de los estudios histopatológicos a las piezas resecaadas en los diversos eventos quirúrgicos y biopsias realizadas se determinó lo siguiente:

Fecha del resultado del estudio histopatológico de la biopsia realizada a V	Diagnóstico
17 de abril de 2018	Adenocarcinoma moderadamente diferenciado (grado 2)
13 de diciembre de 2018	Adenocarcinoma moderadamente diferenciado
Tres de marzo de 2020	Adenocarcinoma de colon moderadamente diferenciado invasor, invasión extensa a muscular propia, serosa y tejido adiposo adyacente, invasión vascular y linfática



Seis de junio de 2020

Adenocarcinoma moderadamente
diferenciado de tipo intestinal, entidad
clínica grave de elevada mortalidad

85. Por lo expuesto, en la precitada Opinión Médica se concluyó que si bien, la causa de la muerte de V acaecida en su domicilio el 18 de junio de 2020 fue por choque séptico y cáncer de colon metastásico, desde el punto de vista médico forense aun cuando el adenocarcinoma de colon en fase avanzada con tumor irreseccable desde su diagnóstico y nula respuesta al tratamiento es de elevada mortalidad, no se soslaya que desde que AR la diagnosticó con neoplasia maligna en recto omitió la estadificación de su padecimiento lo cual impidió que se le brindará oportunamente alguna alternativa terapéutica neoadyuvante más idónea, contrario a ello, le realizó un procedimiento quirúrgico sin estadificación como se constató.

86. Sin olvidar que previo a la valoración de PSP4, los resultados de patología del 25 de junio de 2018 reportaron al producto de resección anterior baja de segmentos de intestino obtenida el 20 de ese mes y año, sin evidencia de neoplasia residual, lo que, en la Opinión Médica de la CNDH, significaba sin datos de actividad tumoral que sugirieran un proceso metastásico o progresión de su padecimiento hasta ese momento.

87. En consecuencia, las acciones y omisiones de AR, adscrito a Oncología Quirúrgica del Hospital Regional Ignacio Zaragoza vulneraron el derecho humano a la protección a la salud de V que disminuyó las posibilidades de vida de V por haber incumplido con los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero, 4º, párrafo cuarto, 29, párrafo segundo constitucionales; 1º, 2º, fracciones I, II y V; 3º fracción II, 23, 27, fracciones III y X; 32, 33 fracción I y II, y 51 párrafo primero de



la LGS, el artículo 9, del Reglamento de la LGS, así como, los artículos 8, fracciones V, VI y VII, y el numeral 22, del Reglamento del ISSSTE, de los que deriva su responsabilidad debido a que los usuarios tienen derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad, sin soslayar que dicho Instituto está obligado a proteger, promover y restaurar la salud mediante acciones que permitan un diagnóstico temprano y tratamiento oportuno y eficaz que incluya especialidades, lo cual no sucedió en el presente caso por las razones expuestas, lo cual le genera responsabilidad al haber vulnerado su derecho humano a la protección a la salud con calidad, calidez y oportunidad lo cual disminuyó las posibilidades de vida de V.

88. Por otra parte, en torno a que el 30 de agosto de 2022, personal del ISSSTE comunicó a esta CNDH, que el Comité de Quejas Médicas concluyó que la atención brindada a V fue adecuada, destacándose del informe presentado el 5 de julio de 2021 por AR a este Organismo Nacional que:

88.1. La primera vez que atendió a V, fue el 22 de mayo de 2018, cuando precisó que inició su padecimiento en abril de ese año, por dolor abdominal generalizado, náusea sin vómito, estreñimiento y pérdida ponderal de seis kilos en los últimos dos meses.

88.2. La colonoscopia reportó citología sugestiva a neoplasia maligna y el resultado de patología de la biopsia de tumor de recto demostró adenocarcinoma diferenciado (grado dos), explicándole a V y a su “familiar” su diagnóstico y como parte de su plan de manejo, el cinco de junio de 2018, le realizó resección anterior baja la cual demostró tumoración irresecable,



dándola de alta a domicilio con cita abierta a Urgencias y en Oncología Quirúrgica.

88.3. El 16 de junio de 2018, V acudió por disfunción de colostomía y absceso de pared, realizándole el 20 de ese mes y año, laparotomía exploradora en la cual le remodeló la estoma por resección del segmento del colon retraído con lavados de herida quirúrgica durante el 25 de junio y nueve de julio de 2018 con debridación y cierre de herida, egresándola el 10 de ese mes y año.

88.4. Los resultados histopatológicos mostraron datos de inflamación crónica y agregó que el tumor de recto no se le resecó, planteándosele quimioterapia para reducir el tamaño e intentar nuevo procedimiento resectivo, informándoles el mal pronóstico de los tumores de recto con gran invasión local y regional que no pudieron resecarse en el tratamiento inicial, entregándoles el seis de agosto de 2018, pase para manejo de quimioterapia en Oncología Médica.

88.5. El seis de noviembre de 2018, V no acudió a valoración para quimioterapia por depresión sin que aceptara interconsulta a Psicología, haciéndole saber que debía recibir tratamiento oncológico porque estaba en riesgo de no recibir medicamentos citotóxicos⁶⁶ por extemporaneidad de tratamiento.

⁶⁶ Utilizados preferentemente para tratar enfermedades neoplásicas, no obstante son sustancias con una elevada toxicidad, principalmente hematopoyética, renal, hepática, digestiva y dérmica ya que inhiben el crecimiento de las células cancerosas mediante la alteración del metabolismo, el bloqueo de la división y la reproducción celular.



88.6. La nueva biopsia de tumor de recto confirmó el “adenocarcinoma moderadamente diferenciado”, dándole cita en Oncología Médica para valoración de quimioterapia el 22 de noviembre de 2018, la cual inició cinco meses después, y el 12 de diciembre de ese año le otorgó pase a Psicología para valoración y manejo por depresión.

88.7. Después de cuatro meses de tratamiento, el 26 de abril de 2019, la laparotomía exploradora documentó “adherencias fijas entre asa y asa y asa-pared y persistencia de gran tumoración de recto fijo a vejiga y planos óseos”, esto es, pobre respuesta a la quimioterapia siendo dada de alta y enviada a Oncología Médica para continuidad de manejo paliativo de quimioterapia.⁶⁷

88.8. En la laparotomía exploradora de 7 de febrero de 2020, encontró tumor de recto de 17 cms. que involucraba hasta vejiga y parametrios, realizándole destumorización extensa dejándole tumor residual en cara posterior de la vejiga, informándole en el postoperatorio la no resecabilidad del tumor y que sería manejada con quimioterapia paliativa.

88.9. El 11 de febrero de 2020, AR indicó el egreso de V, con cita en la consulta externa de Oncología Quirúrgica para el 17 de ese mes y año y cita abierta a Urgencias, en la cual informó que el resultado de patología reportó “adenocarcinoma de colon moderadamente diferenciado invasor, tamaño de 10X4X4 cm, perforación macroscópica, invasión extensa muscular propia,

⁶⁷ La quimioterapia puede usarse para aliviar algunos síntomas causados por el cáncer a lo cual se le denomina paliación y la quimioterapia paliativa o tratamiento con intención paliativa se da cuando el cáncer está en una etapa avanzada, se ha propagado y probablemente no pueda controlarse.



serosa y tejido adiposo adyacente, invasión vascular y linfática identificada, implante tumoral de 5.5. cm x 5x 3.5 cm, 18 ganglios con hiperplasia mixta”.

88.10. A partir del 15 de mayo de 2020, AR se incapacitó, por lo que, el 28 de ese mismo mes y año, PSP5 solicitó nuevamente valoración por Oncología Médica para continuidad de tratamiento paliativo de quimioterapia, “(...) pero la paciente refiere su rechazo a la propuesta ya que decide acudir con médico particular para continuar su tratamiento, esta fue su última consulta y hasta el momento no contamos con ninguna información del manejo de la paciente (...)”. Agregó que en cada cirugía se le solicitó consentimiento informado y cuando había algún familiar se le informaba el diagnóstico, tipo de procedimiento y riesgos.

88.11. No obstante, llama la atención de este Organismo Nacional que AR concluyera su informe indicando que el cáncer de recto que V presentó se encontraba en “(...) una etapa clínica IV por infiltración hacía la vejiga cuyo pronóstico es malo a cinco años con una sobrevida del 5-10% debiendo establecer que la supervivencia de los pacientes sin tratamiento es de 3.5 meses”, y que el manejo era sólo paliativo inclusive agregó que intentó cirugía de rescate previo manejo con quimioterapia sin resultados satisfactorios por lo extenso del tumor.

89. Afirmación que nunca se constató en las notas médicas generadas con motivo de la atención que le brindó, tan es así que personal médico de esta CNDH reiteró que la inadecuada atención médica que se le otorgó a V fue porque AR nunca le estadificó el cáncer de recto que le diagnosticó, de haberlo realizado previo a la cirugía propuesta como primera opción, se le habría brindado terapia



neoadyuvante para evitar en medida de lo posible el avance al deterioro paulatino en su estado de salud que derivó en la pérdida de la vida.

90. AR igualmente mencionó que V recibió tratamiento extemporáneo de quimioterapia por la depresión que le fue tratada en su momento y que dicha situación fue determinante en el resultado final aunado a que desde su primera cirugía presentó complicaciones porque la pared abdominal por obesidad aumentó la morbilidad; no obstante, recibió manejo oportuno en los servicios de la consulta externa de Oncología Quirúrgica y de Urgencias abiertos, lo cual es acorde con la determinación del Comité de Quejas Médicas del ISSSTE.

91. Contrario a ello, personal médico de esta Comisión Nacional concluyó que la atención fue inadecuada pues aun cuando la historia natural de la enfermedad avanzó al detrimento en su estado de salud ello no justifica la dilación en que incurrió AR para derivarla a Oncología Médica posterior a tres meses de que fue diagnosticada, lo cual era importante para que se estadificara su padecimiento y determinar la mejor opción de tratamiento, particularidad que soslayó dicho Comité de Quejas y el propio AR, quien realizó una cirugía sin contar con una adecuada estadificación del cáncer, incidiendo dicha temporalidad en las afectaciones que contribuyeron a su lamentable deceso, reiterándose que el informe de patología del 25 de junio de 2018, aún no mostraba datos de actividad tumoral que sugiriera un proceso metastásico o progresión de su padecimiento hasta ese momento.

92. En lo referente a la afirmación de AR, de que V recibió tratamiento extemporáneo de quimioterapia por depresión que le fue tratada en su momento y que dicha situación fue determinante en el resultado final; llama la atención que la



hubiera diagnosticado con dicho padecimiento desde el 22 de mayo de 2018 junto con cáncer de recto y la obesidad mórbida, sin que le diera seguimiento, ya que con independencia de que el seis de noviembre de ese mismo año, V no quisiera apoyo psicológico y que hasta el 12 de diciembre de esa anualidad aceptara el pase a psicología, ello no implica atención inmediata como se infiere de su aseveración.

93. En consecuencia, el especialista de esta CNDH concluyó que, si a V se le hubiere estadificado la neoplasia maligna con la que AR la diagnosticó previo al procedimiento quirúrgico que le sugirió como primera opción, se le hubiera brindado oportunamente la alternativa terapéutica neoadyuvante más idónea, lo que al no haber acontecido le genera responsabilidad.

94. V, tenía derecho a ser atendida integral y multidisciplinariamente para un tratamiento certero que evitara la progresión del cáncer de recto diagnosticado por AR sin que lo estadificara, de habersele canalizado a Oncología Médica de manera inmediata pudo habersele brindado terapia neoadyuvante previo a que la interviniera quirúrgicamente debido a que para cuando acudió al Hospital Privado 1 ya se había vulnerado su derecho humano a la protección a la salud el cual incidió en la disminución de probabilidades de mejorar su diagnóstico de vida, derivando en la pérdida de la misma en su domicilio, como se acreditó anteriormente.

95. AR incumplió los artículos 1, párrafos primero, segundo y tercero, 4, párrafo cuarto, constitucionales, 1, 2, fracciones I, II y V, 3, fracción II, 23, 27, fracción III, 32, 33 fracción I y II, 51 párrafo primero y fracción XII del ordinal 77 bis 37 de la LGS; 9, 29 y 48, del Reglamento de la LGS, de los que deriva su responsabilidad



porque los usuarios tienen derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad, en concordancia con los numerales 8, fracciones V, VI y VII y 22, del Reglamento del ISSSTE.

96. Por otra parte, a fin de garantizar la adecuada atención médica de los pacientes se debe considerar los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030 de la ONU,⁶⁸ integrados por 169 metas conexas e indivisibles que reconocen el papel fundamental de la dignidad de la persona, obligando a las autoridades a colaborar en su implementación, seguimiento y examen, debiendo considerarse en el presente asunto, la realización del Objetivo tercero consistente en *“Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos en todas las edades”*, concretamente la meta 3.8, cuya misión versa en *“(…) Lograr la cobertura sanitaria universal, (…) incluid[o] el acceso a servicios básicos de salud de calidad (…)”*; correspondiendo al Estado generar acciones para alcanzarla mediante el reforzamiento de los servicios hospitalarios para que el personal médico asuma con responsabilidad las acciones y omisiones de su encargo y diagnostique a los pacientes oportunamente con los medios a su alcance y protocolos para cada padecimiento atendiendo a cada caso particular.

C. DERECHO DE ACCESO A LA INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD

97. El artículo 6, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece el derecho al libre acceso a información, determinando que el Estado es el encargado de garantizarlo. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de la Naciones

⁶⁸ Resolución 70/a de la Asamblea General de la ONU, titulada “Transformar nuestro mundo: Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible”.



Unidas, previene que, en materia de salud, el derecho de acceso a la información “comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud.”⁶⁹

98. En el párrafo 27 de la Recomendación General 29/2017,⁷⁰ esta Comisión Nacional consideró que “(...) los derechos a la protección de la salud y el derecho a la información, por virtud del principio de interdependencia son mutuamente vinculables para su realización y de la garantía de estos se supedita la debida integración del expediente clínico”; en tanto en el “Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”, la CrIDH indicó que, “un expediente médico, adecuadamente integrado, es instrumento guía para el tratamiento médico, y fuente razonable de conocimiento acerca de la situación del enfermo, las medidas adoptadas para controlarla y, en su caso, las consecuentes responsabilidades”.⁷¹

99. La NOM-Del Expediente Clínico establece que éste “(...) es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección a la salud. Se trata del conjunto único de información y datos personales de un paciente, (...) integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos (...), mediante los cuales se hace constar (...) las (...) intervenciones del personal (...), el estado de salud del paciente; (...) datos acerca del bienestar físico, mental y social (...)”.⁷²

⁶⁹ Observación General 14. “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”; 11 de mayo de 2000, párrafo 12, inciso b), fracción IV.

⁷⁰ CNDH. “Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud”, 31 de enero de 2017.

⁷¹ CrIDH. “Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2007. Párrafo 68.

⁷² Introducción, párrafo dos.



100. Este Organismo Nacional en la precitada Recomendación General 29/2017, ha sostenido que el derecho de acceso a la información en materia de salud contenida en el expediente clínico tiene como finalidad que las personas usuarias puedan solicitar, recibir y conocer datos relacionados con sus antecedentes personales, historial médico, diagnóstico, opiniones, comunicaciones del personal de salud, resultados e interpretación de exámenes y estudios y, en su caso, el tratamiento respecto a la atención médica recibida. Igualmente, reconoció que dicho derecho comprende: 1) el acceso para recibir todo tipo de información relacionada con la atención de la salud, 2) la protección de los datos personales, y 3) la información debe cumplir con los principios de: a. Accesibilidad: que se encuentre disponible para el paciente; b. Confiabilidad: que se sustente en criterios, prácticas, estudios y análisis realizados por una institución profesional y especializada en la disciplina médica; c. Verificabilidad: que se pueda corroborar con la institución médica tratante; d. Veracidad: que permita conocer la verdad sobre la atención otorgada al paciente y e. Oportunidad: mediante datos actualizados sobre su estado de salud.⁷³

101. Del análisis al expediente clínico de V, se advirtieron las siguientes irregularidades en su integración.

C.1. Inadecuada integración del expediente clínico de V

102. El especialista en medicina de esta CNDH destacó de manera general omisiones a los lineamientos de la NOM-Del Expediente Clínico ante la ausencia de notas médicas, otras con letra ilegible, escuetas y poco claras.

⁷³ CNDH, párrafo 34.



103. Igualmente, advirtió ausencia de notas de evolución de la atención médica brindada a V, los días 17, 18, 19, 23 y 24 de junio de 2018, por tanto, el personal de salud a cargo incumplió con la NOM-Del Expediente Clínico en su numeral 5.14, en el cual se especifica que cuando en un mismo establecimiento se brinde atención médica deberá integrarse en un expediente clínico todos y cada uno de los documentos generados por el personal que intervenga en su atención, por tanto, deberá indagarse su identidad para que en su caso se deslinde la responsabilidad administrativa que corresponda, ya que si bien PSP6 justificó la razón por la cual no obran dichas notas en el expediente clínico, se advirtió que correspondían a fechas diversas a las mencionadas en la opinión del especialista de esta CNDH, al abarcar los días 18 de julio de 2018 y 28 de abril de 2019.

104. Se observó que AR no asentó número de cédula profesional y/o matrícula en algunas de sus notas y en otras su nombre completo por lo cual incumplió el punto 5.10, de la precitada Norma Oficial Mexicana, que establece las particularidades de las notas de todo el expediente.

105. Si bien las omisiones de AR y del personal que omitió dejar constancia de su atención en las fechas indicadas no incidieron en la evolución de la enfermedad de V, sí constituyen falta administrativa, lo cual representa un obstáculo para conocer sus antecedentes médicos, o bien, para deslindar responsabilidades, lo que al no haber sido observado vulneró el derecho de V, así como de QV, VI1 y VI2, a que se conociera la verdad respecto a los avances o retroceso en su estado de salud, por tanto, se reitera la necesidad de que las instituciones públicas de salud capaciten al personal en el manejo adecuado del expediente clínico al ser responsables solidarias de su cumplimiento.



D. RESPONSABILIDAD DE LAS PERSONAS SERVIDORAS PÚBLICAS

106. La responsabilidad en que incurrió AR adscrito a Oncología Quirúrgica en el Hospital Regional Ignacio Zaragoza provino de la falta de diligencia con que se condujo y que culminó en la violación al derecho humano a la protección a la salud que derivó en la disminución de probabilidades de mejorar su diagnóstico de vida, lo que dio origen a su fallecimiento al no haber estadificado el diagnóstico de cáncer de recto desde el 22 de mayo de 2018, o en su caso, solicitar su inmediata valoración por Oncología Médica para brindarle la posibilidad de terapia neoadyuvante a través de la estadificación de su padecimiento y evitar en la medida de lo posible la progresión de dicha enfermedad como se constató.

107. Las irregularidades en la integración de su expediente clínico también constituyen responsabilidad para AR y para el personal médico que omitió dejar constancia de la atención brindada del 17 al 19 y del 23 al 24 de junio de 2018, con lo cual se vulneró su derecho al acceso a la información en materia de salud y en agravio además de QV, VI1 y VI2.

108. Este Organismo Nacional acreditó que las acciones y omisiones atribuidas a AR constituyen evidencia suficiente para determinar que incumplió con su deber de actuar con legalidad, honradez, lealtad y eficiencia como persona servidora pública en términos de lo dispuesto por el artículo 7, fracciones I, V y VII, de la Ley General de Responsabilidades Administrativas en relación con el numeral 252, de la Ley del ISSSTE, que prevén la obligación 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; pues aún,



cuando la labor médica no garantiza la curación de la persona enferma, el empleo de técnicas adecuadas conforme a la ciencia médica y circunstancias concurrentes en cada caso, contribuyen a su mejoramiento, lo que en el caso concreto no aconteció, pese a que AR y el Comité de Quejas Médicas en el ISSSTE consideró que se le brindó la atención médica que V requería.

109. Con fundamento en los artículos 1º, párrafo tercero y 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 6, fracción III; 72, párrafo segundo y 73, párrafo segundo y 73 Bis, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se cuenta con evidencias para que este Organismo Nacional en ejercicio de sus atribuciones presente denuncia ante el Órgano Interno de Control en el ISSSTE en contra de AR por la inadecuada atención médica de V y respecto a las advertidas en la integración de su expediente clínico, así como, de quien resulte responsable para que en su caso determinen las responsabilidades que correspondan con motivo de violaciones a derechos humanos acreditadas.

E. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO Y FORMAS DE DAR CUMPLIMIENTO

110. 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 Comisión Nacional de los Derechos Humanos, y 65 inciso c), de la Ley General de Víctimas, que prevén la posibilidad de que, al acreditarse una violación a los derechos humanos, atribuible a una persona servidora pública del



Estado, la Recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan para lograr la efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación del daño o perjuicios que se hubieran ocasionado, debiendo el Estado investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos establecidos en la ley.

111. Para tal efecto, en términos de los artículos 1, párrafos tercero y cuarto, 2, fracción I, 7, fracciones I, III y VI, 26, 27, fracciones I, II, III, IV y V, 62, fracción I, 64, fracciones I, II y VII, 65 inciso c), 74, fracción VI, 75 fracción IV, 88, fracción II y XXIII, 96, 97, fracción I, 106, 110, fracción IV, 111, fracción I, 112, 126, fracción VIII, 130 y 131, de la Ley General de Víctimas, y demás normatividad aplicable al caso concreto en la materia, al haberse acreditado violaciones a los derechos humanos a la protección a la salud que derivó en la disminución de probabilidades de mejorar su diagnóstico de vida, lo que dio origen a su fallecimiento y al acceso a la información en materia de salud en su agravio, así como, de QV, VI1 y VI2, a quienes se les deberá inscribir en el Registro Nacional de Víctimas a cargo de la CEAV, a través del Formato Único de Declaración, a fin de que tengan acceso a los Recursos de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral conforme a las disposiciones previstas en la Ley General de Víctimas, para lo cual se remitirá copia de la presente Recomendación a la citada Comisión Ejecutiva.

112. Siendo aplicable lo establecido 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 diversos criterios de la CrIDH, al considerarse 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.

113. El ISSSTE deberá solicitar a la CEAV, asesoría técnico-jurídica para la elaboración del dictamen de reparación del daño integral en favor de QV, VI1 y VI2, a fin de que dicho Instituto realice el cumplimiento a la medida de compensación con motivo de las violaciones a derechos humanos acreditadas de conformidad con los artículos 1, 145, 146 y 152, de la Ley General de Víctimas, en los términos siguientes:

i. Medidas de Rehabilitación

114. Estas medidas se establecen para facilitar a las víctimas y familiares hacer frente a los efectos sufridos por violaciones a sus derechos humanos de conformidad con los artículos 27, fracción II, 62, de la Ley General de Víctimas, así como del numeral 21, de los Principios y Directrices, instrumento antes referido, incluyendo la rehabilitación “la atención médica y psicológica, así como servicios jurídicos y sociales”.

115. Por ello, el ISSSTE en coordinación con la CEAV atendiendo a la Ley General de Víctimas, deberá proporcionar en su caso, a QV, VI y VI2, atención psicológica y tanatológica por las violaciones a derechos humanos que dieron origen a la presente Recomendación, la cual deberá brindarse por personal profesional especializado y de forma continua, atendiendo a sus necesidades



específicas con motivo del deceso de V.

116. Esta atención deberá brindarse gratuitamente, inmediatamente y en lugar accesible por instituciones públicas de salud del Estado en todos los niveles de atención, con consentimiento de las víctimas indirectas e información previa, clara, suficiente, así como, con enfoque diferencial y especializado, cuyos tratamientos deben ser provistos por el tiempo que sea necesario e incluir medicamentos, en caso de ser requeridos. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto segundo recomendatorio.

ii. Medidas de Compensación

117. Las medidas de compensación se encuentran dispuestas en los artículos 27, fracción III y 64 a 72, de la Ley General de Víctimas y consisten en reparar el daño causado material o inmaterial. El daño inmaterial, como lo determinó la CrIDH, comprende: "(...) los sufrimientos y las aflicciones causados a la víctima directa y (...) allegados, el menoscabo de valores muy significativos (...), (...) así como las alteraciones, de carácter no pecuniario, en las condiciones de existencia de la víctima o su familia".⁷⁴

118. La compensación deberá otorgarse a QV, VI1 y VI2 de forma apropiada y proporcional a la gravedad de la violación a los derechos humanos vulnerados de V considerando perjuicios, sufrimientos y pérdidas económicas evaluables que sean consecuencia de los hechos violatorios narrados en la presente Recomendación; por ello que el ISSSTE, en coordinación con la CEAV deberán

⁷⁴ "Caso Palamara Iribarne Vs. Chile" Sentencia del 22 de noviembre de 2005, Reparaciones y Costas, párrafo 244.



valorar el monto a otorgar como compensación, que conforme a derecho corresponda en razón de las consideraciones expuestas; para lo cual este Organismo Nacional remitirá copia de la presente Recomendación a la referida Comisión Ejecutiva a fin de que proceda conforme a sus atribuciones. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto primero recomendatorio.

iii. Medidas de Satisfacción

119. Las medidas de satisfacción tienen la finalidad de reconocer y restablecer la dignidad de las víctimas y atento a los artículos 27, fracción IV y 73, fracción V, de la Ley General de Víctimas, se puede realizar mediante sanciones judiciales o administrativas a las autoridades y personas servidoras públicas responsables de violaciones a derechos humanos.

120. De ahí que deberán colaborar con la autoridad investigadora en el trámite y seguimiento de la denuncia administrativa que se presentará en el Órgano Interno de Control en el ISSSTE, en contra de AR por la inadecuada atención médica proporcionada a V y las advertidas en la integración del expediente clínico, así como de quien resulte responsable para que en su caso se determine lo que conforme a derecho corresponda y dé cabal cumplimiento a sus determinaciones y requerimientos. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto tercero recomendatorio.

iv. Medidas de no repetición

121. Las medidas de no repetición descritas en los artículos 27, fracción V, 74 al 78, de la Ley General de Víctimas, consisten en implementar acciones



preventivas para evitar la repetición de hechos violatorios de derechos humanos y contribuir a su la prevención, por lo cual el Estado deberá adoptar medidas legales, administrativas y de otra índole para hacer efectivo el ejercicio de los derechos de las víctimas.

122. Las autoridades del ISSSTE deberán implementar en el plazo de seis meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación un curso integral 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 basado en recomendaciones sobre el adecuado diagnóstico, tratamiento y promoción de la salud en pacientes con cáncer de recto y colon, así como, en el contenido de la GPC Detección Oportuna y Diagnóstico de Cáncer de Colon y Recto y respecto a la debida observancia a la NOM-Del Expediente Clínico, dirigido a AR y demás personal de Oncología Quirúrgica del Hospital Regional Ignacio Zaragoza.

123. Dicho curso deberá impartirse por personal que acredite estar calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos; en las que se incluya los programas, objetivos, currículos de las personas facilitadoras, lista de asistencia, videos y constancias, además, deberá estar disponible de forma electrónica y en línea para que pueda ser consultado con facilidad, ello con la finalidad de dar cumplimiento al punto cuarto recomendatorio.

124. En el plazo de dos meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, dirigir una circular al personal de Oncología Quirúrgica del Hospital Regional Ignacio Zaragoza con medidas adecuadas de supervisión para la integración del expediente clínico y labores de prevención en la atención



médica para garantizar que se agoten las instancias pertinentes y se satisfagan los manejos médicos conforme a la legislación nacional e internacional. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto quinto recomendatorio.

125. En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos se permite formular respetuosamente a usted, las siguientes:

V. RECOMENDACIONES

PRIMERA. Colaborar en el trámite ante la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, para la inscripción en el Registro Nacional de Víctimas de V, así como de QV, VI1 y VI2, a través de la noticia de hechos que se realice a esa Comisión Ejecutiva con la presente Recomendación, y que este acompañada de los Formatos Únicos de Declaración de la CEAV, y una vez que ésta emita el dictamen correspondiente conforme a las violaciones de derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumento recomendatorio, proceda a la inmediata reparación integral del daño causado a QV, VI1 y VI2, que incluya la medida de compensación, en términos de la Ley General de Víctimas, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Se otorgue atención psicológica y tanatológica que requiera QV, VI1 y VI2, por las violaciones a derechos humanos que dieron origen a la presente Recomendación, la cual deberá brindarse por personal profesional especializado y de forma continua, atendiendo a sus necesidades específicas con motivo del deceso de V, de manera gratuita e inmediata y en lugar accesible por instituciones públicas de salud del Estado en todos los niveles de atención, con consentimiento de las víctimas indirectas e información previa, clara, suficiente, así como, con



enfoque diferencial y especializado, cuyos tratamientos deberán ser provistos por el tiempo que sea necesario e incluir medicamentos, en caso de ser requeridos; hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

TERCERA. Colabore ampliamente con el Órgano Interno de Control en el ISSSTE, en la presentación y seguimiento de la denuncia administrativa que este Organismo Nacional presente en contra de AR, por la inadecuada atención médica de V, y respecto a las irregularidades advertidas en la integración del expediente clínico, así como, en contra de quien resulte responsable, a fin de que se inicie el procedimiento que corresponda, a efecto que dicha instancia realice la investigación respectiva y resuelva lo que conforme a derecho proceda, de conformidad con lo dispuesto en la Ley General de Responsabilidades Administrativas, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten dicha colaboración.

CUARTA. Impartir en el plazo de seis meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral 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 basado en recomendaciones sobre el adecuado diagnóstico, tratamiento y promoción de la salud en pacientes con cáncer de recto y colon, así como, en el contenido de la GPC Detección Oportuna y Diagnóstico de Cáncer de Colon y Recto y respecto a la debida observancia a la NOM-Del Expediente Clínico dirigidos a AR y personal de Oncología Quirúrgica del Hospital Regional Ignacio Zaragoza, los cuales deberán ser efectivos para prevenir hechos similares a los del presente caso. El curso deberá impartirse por personal que acredite



estar calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos; en las que se incluya los programas, objetivos, actividades, bibliografía, currículos de las personas facilitadoras, listas de asistencia, videos y constancias otorgadas a los asistentes; hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que acredite su cumplimiento.

QUINTA. En el plazo de dos meses, contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, dirigir una circular al personal de Oncología Quirúrgica del Hospital Regional Ignacio Zaragoza con medidas adecuadas de supervisión en la integración del expediente clínico y labores de prevención en la atención médica que garanticen que se agoten las instancias pertinentes para satisfacer los tratamientos médicos conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional; hecho lo anterior, se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que acredite su cumplimiento.

SEXTA. Designe 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.

126. 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 1º, 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.

127. 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.

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

129. 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 solicitará 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 PIEDRAIBARRA

CEFM