

**AMPARO EN REVISIÓN 251/2016**  
**QUEJOSO: JAVIER EZRA GONZÁLEZ GÓMEZ**  
**RECURRENTE: DIRECTORA GENERAL Y**  
**DIRECTOR DE SERVICIOS CLÍNICOS, AMBOS**  
**DEL INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA**  
**“RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ”**

**PONENTE: MINISTRO JAVIER LAYNEZ POTISEK**  
**SECRETARIO: JOSÉ OMAR HERNÁNDEZ SALGADO**  
**COLABORARON: PAULA XIMENA MÉNDEZ AZUELA,**  
**ANA CRISTINA PÉREZ MARÍN Y**  
**EDGAR MANUEL CONTRERAS HERNÁNDEZ**

Ciudad de México. La Segunda Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, una vez que acreditó su competencia y que se surten los presupuestos procesales necesarios, en la sesión correspondiente al **quince de mayo de dos mil diecinueve**, emite la siguiente

## **S E N T E N C I A**

Mediante la que se resuelven los autos relativos al amparo en revisión **251/2016**, interpuesto conjuntamente por la Directora General y Director de Servicios Clínicos, ambos del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” (en lo sucesivo “los recurrentes”) en contra de la sentencia dictada por la Juez Decimoquinto de Distrito en Materia Administrativa en la Ciudad de México, en el juicio de amparo 584/2015.

### **I. ANTECEDENTES**

1. Desde 2011 el señor González Gómez es paciente del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” (en lo sucesivo “el Instituto”), donde los médicos le diagnosticaron varios trastornos mentales y le prescribieron diversos medicamentos para tratarlos<sup>1</sup>.
2. En 2013, el señor González Gómez solicitó el suministro de los medicamentos que requería a la Dirección General del Instituto. El Director

<sup>1</sup> Según obra en el expediente los trastornos identificados son: **i)** Afectivo tipo Depresivo secundario a Causa Médica (disritmia cerebral); **ii)** Estrés Postraumático, y **iii)** Dependencia a Opiáceos (morfina) en remisión total. Por su parte, se le prescribieron: paroxetina, oxcarbazepina y haloperidol. Esta información se desprende del expediente clínico presentado por la autoridad responsable en el juicio de amparo (fojas 16 a 18), contenido en el Cuaderno del Juicio de Amparo Indirecto 584/2015.

de Servicios Clínicos negó la solicitud porque, a su parecer, el marco normativo de los Institutos Nacionales de Salud “*no contempla [...] el otorgamiento de medicamentos a pacientes ambulatorios que requieran tratamiento farmacológico*” (al respecto, transcribió los artículos 54, 55 y 56 de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud). Asimismo, le sugirió afiliarse al Sistema de Protección Social en Salud en el entonces Distrito Federal (Seguro Popular), para estar en posibilidad de obtener el tratamiento que requiere<sup>2</sup>.

3. En 2015, el señor González Gómez volvió a solicitar a la Dirección General del Instituto que le suministraran los medicamentos que le habían sido prescrito por los médicos de ese Instituto<sup>3</sup>. El Director de Servicios Clínicos del Instituto nuevamente le negó el suministro de medicamentos. En su respuesta: **a)** hizo referencia al oficio de 2013 en el que “*se le informó sobre la forma de prestación de servicios de atención médica*” por parte del Instituto; **b)** volvió a transcribir los artículos 54, 55 y 56 de la Ley de Institutos Nacionales de Salud, y **c)** concluyó que ese marco normativo no prevé el otorgamiento de medicamentos a pacientes ambulatorios que requieran tratamiento farmacológico<sup>4</sup>.
4. **Demanda de amparo indirecto.** El señor González Gómez lo promovió y reclamó: **a)** del Director General del Instituto Nacional de Psiquiatría, la omisión a responder el escrito en el que solicitó suministro de medicamentos; **b)** del Director de Servicios Clínicos del Instituto, el oficio de 2015 que le negó el suministro de medicamentos, y **c)** de ambas autoridades, la omisión de procurarle salud y bienestar, dada la negativa de suministrarle los medicamentos que requiere.
5. En su demanda consideró violados los artículos 1º, 4º y 8º constitucionales debido a que: **a)** la negativa a suministrar medicamentos atenta en contra de la atención médica adecuada, completa, especializada y eficaz; **b)** la

<sup>2</sup> Oficio DSC-C-130-2013 de tres de octubre de trece. *Ibidem*, foja 100.

<sup>3</sup> Escrito presentado el seis de enero de dos mil quince ante la Dirección General del Instituto Nacional de Psiquiatría. *Ibidem*, fojas 19 y 20.

<sup>4</sup> Oficio DSC-C-011-2015 de veintiocho de enero de dos mil quince. *Ibidem*, fojas 21 y 22.

protección a la salud y la asistencia social prevé el suministro de medicamentos básicos para el tratamiento oportuno de una enfermedad; **c)** el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas ha determinado que el derecho a la salud no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada, sino también el suministro de medicamentos, y **d)** el oficio de respuesta le niega el derecho a la salud, mientras que la Directora General violó el derecho de petición.

6. **Sentencia de amparo.** Al admitir la demanda, la juzgadora concedió la suspensión para efectos de que durante la tramitación del juicio las autoridades responsables le suministraran los medicamentos solicitados<sup>5</sup>. Es importante precisar que en los documentos que constan en el expediente del juicio de amparo se advierte que el señor González Gómez se ostentó como una persona con “discapacidad mental”<sup>6</sup>, y tal condición fue tomada en cuenta por la Juez de Distrito al dictar su sentencia.
7. Al dictar sentencia, por un lado, **sobreseyó** el juicio en relación con la supuesta omisión de la Directora General de responder la solicitud del señor González Gómez, pues el Director de Servicios Clínicos dio contestación en su nombre. Por otra parte, la Juez **concedió el amparo** para que el Instituto suministrara los medicamentos al quejoso<sup>7</sup>, en los siguientes términos:

(...) procede conceder el amparo y la protección de la justicia federal solicitada por la parte quejosa, para el efecto de que la autoridad responsable **Director de Servicios Clínicos del Instituto Nacional de Psiquiatría ‘Ramón de la Fuente Muñiz’** deje insubsistente el acto consistente en el oficio Ref. DSC-C-011-2015 de veintiocho de enero de dos mil quince, por el que se da respuesta al escrito presentado el seis de enero de dos mil quince, en la Dirección General del Instituto Nacional de Psiquiatría ‘Ramón de la Fuente Muñiz’, se coordine con la diversa responsable **Director General del Instituto Nacional de Psiquiatría ‘Ramón de la Fuente Muñiz’ y, a continuación, en el mismo acto,** emitan una nueva determinación, conforme a los lineamientos en la presente sentencia, es decir, deberán fundar y motivar pormenorizada y claramente, las circunstancias especiales y razones particulares del sentido de su determinación, en el entendido que deberán

<sup>5</sup> Acuerdo de admisión de la demanda. *Ibidem*, fojas 25 a 30.

<sup>6</sup> Expediente clínico presentado por la autoridad responsable en el juicio de amparo, foja 35.

<sup>7</sup> Sentencia del primero de julio de dos mil quince. Cuaderno del Juicio de Amparo Indirecto 584/2015, fojas 179-208.

ordenar la entrega de los medicamentos previamente recetados a la parte quejosa.

8. Sobre esta cuestión la juzgadora señaló que:

- a) *La repuesta de la autoridad era incongruente con la solicitud formulada. Mientras que el quejoso solicitó le suministraran medicamentos, la autoridad se refirió a una cuestión diversa, tal como lo es “la forma en que el Instituto presta servicios de atención médica”;*
- b) *La respuesta carece de una debida fundamentación y motivación, pues omitió explicar por qué el quejoso es un paciente ambulatorio, lo que fue la justificación para no otorgarle los medicamentos solicitados, y*
- c) *Que la legislación no lo prevea, no le impide suministrar los medicamentos. Atendiendo a las particularidades del caso, a la Constitución Federal y los tratados internacionales en la materia, las autoridades debieron proporcionar los medicamentos para proteger el derecho a la salud del quejoso y para no poner en riesgo su subsistencia ni su integridad mental.*

*Conforme al artículo 1° constitucional, la juzgadora estaba obligada a realizar oficiosamente un “control de convencionalidad difuso” para proteger de la forma más amplia al quejoso y así lograr que el juicio de amparo fuera un medio eficaz para la protección de los derechos humanos. Por tal razón, y tomando en cuenta que la Suprema Corte estableció que el derecho a la salud incluye la disponibilidad de medicamentos (citó la tesis del Tribunal Pleno “**SALUD. EL DERECHO A SU PROTECCIÓN, QUE COMO GARANTÍA INDIVIDUAL CONSAGRA EL ARTÍCULO 4o. CONSTITUCIONAL, COMPRENDE LA RECEPCIÓN DE MEDICAMENTOS BÁSICOS PARA EL TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES Y SU SUMINISTRO POR LAS DEPENDENCIAS Y ENTIDADES QUE PRESTAN LOS SERVICIOS RESPECTIVOS**”) y que el propósito de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad es proteger y*

*asegurar el goce pleno de los derechos a las personas con discapacidad, debía concederse el amparo, porque las autoridades responsables sí estaban obligadas a suministrar los medicamentos requeridos.*

9. **Recurso de revisión.** La Directora General y el Director de Servicios Clínicos del Instituto interpusieron conjuntamente recurso de revisión en el que argumentaron que<sup>8</sup>:

**a) Primero.** *El oficio sí está fundado y motivado, pues en él se transcribieron los artículos que regulan a los Institutos Nacionales de Salud, y que no prevén la posibilidad de otorgar medicamento a pacientes ambulatorios. Además, no era necesario explicar qué es un “paciente ambulatorio” por no ser un concepto técnico, pues se refiere a todo aquel que no está en hospitalización, como el quejoso.*

*Por otro lado, señala que no era su obligación suministrar medicamentos, puesto que el sector salud tiene una organización en la que cada hospital tiene obligaciones concretas. Al Instituto le correspondía referir al paciente a otros niveles de atención, tal como lo hizo en el escrito de 2013.*

**b) Segundo.** *No se viola el artículo 4° constitucional por el hecho de que al Instituto no le corresponda suministrar los medicamentos solicitados. Si bien es cierto que el Estado se encuentra obligado a garantizar el acceso a los servicios de salud y que ello puede abarcar la entrega de medicamentos, tal obligación debe realizarse conforme a la organización y facultades de las diversas instituciones que lo integran. Esto es así porque no todos los participantes del sector salud tienen las mismas obligaciones, y la legislación que regula al Instituto no contempla otorgar*

<sup>8</sup> Se interpuso el dieciséis de julio de dos mil quince, ante la Oficina de correspondencia común de los Juzgados de Distrito en Materia Administrativa México, D.F. Cuaderno del amparo en revisión 276/2015, fojas 3-13.

*medicamentos gratuitamente a toda persona que los requiera, incluso si son pacientes ambulatorios.*

**c) Tercero.** *La juzgadora no tomó en cuenta que el quejoso debe ser atendido por instituciones del Distrito Federal, por ser éste su lugar de residencia. Dado que el artículo 13 de la Ley General de Salud establece la competencia entre la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad, son las autoridades del Distrito Federal las competentes para brindar los servicios médicos, de medicamentos y hospitalarios al quejoso.*

**d) Cuarto.** *La juzgadora interpretó incorrectamente el artículo 4° constitucional ya que no todas las autoridades del sector salud están obligadas a suministrar medicamentos. En el sector existe especialización y concurrencia con las entidades federativas, lo que resulta en modalidades para garantizar la protección de la salud. Además, afirma que no dejó en estado de indefensión al solicitante, porque en 2013 le informó que debía afiliarse al Sistema de Protección Social en Salud en el Distrito Federal para obtener los medicamentos requeridos. Esta actuación es acorde con el artículo 54, fracción I, párrafo segundo, de la Ley de Institutos Nacionales de Salud que establece que esas instituciones atenderán padecimientos de complejidad diagnóstica y de tratamiento, pero que una vez diagnosticado, resuelto o controlado el problema de tercer nivel, podrán referir a los pacientes a otros niveles de atención.*

*Finalmente, señala que duplicar o multiplicar las funciones de los integrantes del Sistema Nacional de Salud generaría que el presupuesto sea insuficiente. Esto es, dado que las funciones necesarias para garantizar el acceso a los servicios de salud se encuentran repartidas, asignarle al Instituto las que corresponden a otro nivel u órgano, haría insuficiente el presupuesto que se le otorga al propio Instituto.*

e) **Quinto.** *Se aplicó de forma indebida los artículos 8, 14 y 16 constitucionales. La juzgadora consideró que esos preceptos fueron vulnerados en perjuicio del quejoso, toda vez que se relacionaban con el derecho a la salud. Sin embargo, tales preceptos no tutelan ese derecho, sino que se refieren a los de petición, retroactividad de la ley, y la protección de la libertad de las personas.*

10. **Solicitud, atracción y trámite en la Suprema Corte.** El tribunal colegiado lo admitió y solicitó a esta Suprema Corte ejercer su facultad de atracción para conocer del asunto.
11. En la sesión de veinticuatro de febrero de dos mil dieciséis esta Segunda Sala determinó atraer el recurso de revisión<sup>9</sup>. El Presidente de la Suprema Corte de Justicia de la Nación ordenó seguir el trámite correspondiente, y turnó el asunto al Ministro Eduardo Mediana Mora I.<sup>10</sup> Sin embargo, éste se declaró impedido para conocerlo por guardar parentesco con una de las autoridades responsables. La Segunda Sala aprobó el impedimento y retornó el asunto al Ministro Javier Laynez Potisek<sup>11</sup>.

## II. REQUISITOS PROCESALES

12. En el presente asunto se actualizan los requisitos procesales necesarios para proceder al estudio de fondo.
13. **Competencia.** La Sala es competente para conocer del asunto en términos del artículo 107, fracción VIII, inciso a), de la Constitución Federal; 81, fracción I, inciso e), y 83 de la Ley de Amparo, así como por los diversos 11, fracción V, y 21, fracción XI, de la Ley Orgánica del Poder Judicial de la Federación, y el punto primero, última parte, en relación con el tercero y cuarto, fracción I, inciso c), del Acuerdo General Plenario número 5/2013.

<sup>9</sup> Cuaderno del Amparo en Revisión 251/2016, fojas 3-9.

<sup>10</sup> Acuerdo de dieciséis de marzo de dos mil dieciséis. *Ibíd.*, fojas 23-25.

<sup>11</sup> Dictamen de cuatro de mayo y acuerdo de doce de mayo, ambos de dos mil dieciséis. *Ibíd.*, fojas 50-51.

14. **Oportunidad y legitimación.** Es innecesario pronunciarnos sobre estos aspectos porque el Tribunal Colegiado del conocimiento ya los estudió<sup>12</sup>.
15. **Procedencia.** Es procedente porque el recurso de interpuso en contra de una sentencia de amparo dictada en audiencia constitucional donde se planteó una cuestión propiamente constitucional<sup>13</sup>.

### III. ESTUDIO

16. Este asunto nos lleva a analizar el modo en que se prestan los servicios de salud mental en el país y cuáles son las obligaciones de las autoridades en relación con el derecho a la salud mental. Además, el asunto resulta particularmente relevante porque permite evidenciar la vulnerabilidad y desprotección de los pacientes que suelen ser atendidos en el sistema de salud mental, muchos de ellos personas con discapacidad.
17. Conforme a los antecedentes relatados, esta Sala estima que la pregunta que debe orientar el estudio de este asunto es si: **¿el Instituto Nacional de Psiquiatría estaba obligado, en términos del artículo 4° constitucional, a otorgar al paciente los medicamentos que necesita de conformidad con el diagnóstico y receta médica que él mismo emitió?**
18. En esencia, la autoridad recurrente sostiene que no estaba obligada a proporcionar medicamentos al señor González Gómez porque:

*a) La legislación aplicable no lo faculta a proporcionar medicamentos a los pacientes ambulatorios (no hospitalizados).*

*b) Para garantizar el derecho a la salud del artículo 4° constitucional no es necesario que una misma autoridad o instituto preste todos los servicios,*

<sup>12</sup> Fojas 8 y 9 del Cuaderno de Amparo en Revisión 276/2015 del índice del Tribunal Colegiado del Conocimiento.

<sup>13</sup> **Artículo 81 de la Ley de Amparo.** Procede el recurso de revisión:

**I.** En amparo indirecto, en contra de las resoluciones siguientes: [...]

**e)** Las sentencias dictadas en la audiencia constitucional; en su caso, deberán impugnarse los acuerdos pronunciados en la propia audiencia.

[...]

La materia del recurso se limitará a la decisión de las cuestiones propiamente constitucionales, sin poder comprender otras.

*y que por ello remitieron al paciente al seguro popular, puesto que la Ciudad de México es la competente para prestar los servicios de salud a sus habitantes.*

*c) La Juez de Distrito aplicó erróneamente los artículos 8, 14 y 16 constitucionales puesto que no tienen relación alguna con los actos que se le atribuyen.*

19. Para dar respuesta puntual a la pregunta que antes formulamos, esta Sala estima conveniente, primero, desarrollar la perspectiva y contenido del derecho a la salud, mismos que la autoridad estima no vulneró. Tomando en cuenta las particularidades del caso en ese primer apartado se presentará el contexto específico de los sistemas de salud mental. En segundo lugar, se analizará si el derecho a la salud mental incluye el suministro de medicamentos y, en su caso, las condiciones en que debe garantizarse. Finalmente, una vez que haya sido desarrollado el contexto institucional y normativo de los derechos involucrados, se estará en posibilidad de analizar el caso en concreto; es decir, una vez explicitados los fundamentos que se estiman esenciales para la comprensión del asunto se procederá a valorar los actos y la defensa por los que la autoridad sostiene que no vulneró el derecho a la salud del señor González Gómez.

#### **A. El derecho a la salud mental y su contexto**

20. El párrafo cuarto del artículo 4° constitucional garantiza el derecho a la protección de la salud de toda persona<sup>14</sup>. En relación con lo que se entiende por “derecho a la salud”, los tratados internacionales y las disposiciones nacionales aplicables son coincidentes en cuanto a que **tiene implicaciones para el bienestar tanto físico como mental**. Así, el artículo 12.1 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales se refiere al “*disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*”<sup>15</sup>.

<sup>14</sup> Artículo 4° de la Constitución Federal. (...)  
(...)

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.

<sup>15</sup> Artículo 12. 1 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

De manera muy similar, el Protocolo de San Salvador se refiere al “*disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social*”<sup>16</sup>. Asimismo, la Ley General de Salud exige garantizar un estado de bienestar físico y mental a la persona<sup>17</sup>.

21. Tomando en cuenta que las disposiciones jurídicas nacionales e internacionales no distinguen entre la protección que los Estados deben otorgar a la salud física y mental, esta Sala llega a la conclusión de que **existe un mandato para el Estado mexicano de proteger con la misma intensidad y bajo las mismas condiciones el derecho a la salud física y mental.**
22. No obstante que no existe una distinción normativa, en años recientes los sistemas de salud mental a nivel global han sido una preocupación de varios organismos internacionales, mismos que han evidenciado la notoria disparidad que existe entre la prestación de los servicios de salud física y los de salud mental.
23. En un informe reciente (2017) el Relator Especial de Naciones Unidas sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, llegó a la conclusión de que:

A pesar de las pruebas evidentes de que no puede haber salud sin salud mental, esta última no goza en ningún lugar del mundo con condiciones [de] igualdad con la salud física en las políticas y presupuestos nacionales ni en la educación y la práctica médicas<sup>18</sup>.

24. En esta misma línea, la Organización Mundial de la Salud, en su Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020, señala que la diferencia entre

Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. (...).

<sup>16</sup> **Artículo 10 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador”.**

1. Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social. (...)

<sup>17</sup> **Artículo 1. Bis de la Ley General de Salud.** Se entiende por salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

**Artículo 2 de la Ley General de Salud.** El derecho a la protección de la salud, tiene las siguientes finalidades:

I. El bienestar físico y mental de la persona, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades; (...).

<sup>18</sup> Consejo de Derechos Humanos. *Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.* A/HRC/35/21, párrafo 6.

las cifras de personas que necesitan tratamiento relacionado con la salud mental y las que de hecho reciben ese tratamiento, son preocupantemente desproporcionales<sup>19</sup>. En México se ha documentado que “*solo uno de cada cinco [personas que padecen algún trastorno mental] recibe tratamiento*”<sup>20</sup>.

25. En otro aspecto, la Organización Mundial de la Salud también menciona que “*la disponibilidad de medicamentos básicos para los trastornos mentales en la atención primaria es considerablemente baja (en comparación con los medicamentos disponibles para las enfermedades infecciosas o incluso para otras enfermedades no transmisibles)*”<sup>21</sup>. Por su parte, la Organización Panamericana de Salud reporta que en México, en los hospitales o centros de atención primaria de salud en los que hay médicos disponibles, sólo un rango de entre el 21 al 50% tienen disponibilidad de medicamentos<sup>22</sup>.
26. Con la misma preocupación en mente, el Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, en su Resolución 32/18 sobre Salud Mental y Derechos Humanos<sup>23</sup> reafirmó la obligación de los Estados parte de asegurar la salud mental integral de las personas bajo una perspectiva de derechos humanos<sup>24</sup>, y ordenó al Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos realizar un informe sobre Salud Mental y Derechos Humanos, en el que se solicitó información a los Estados Partes y a otros actores relevantes, como la Organización Mundial de la Salud, los relatores de Naciones Unidas y la sociedad civil<sup>25</sup>. Ese informe fue posteriormente presentado al Consejo de Derechos Humanos en su 34° período de sesiones y arrojó, entre otras, las siguientes conclusiones:

<sup>19</sup> Organización Mundial de la Salud, *Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020*, párrafo 14.

<sup>20</sup> Berenzon, Gorn S; Saavedra Solano, N.; Medina-Mora Icaza, María Elena; Aparicio Basaurí, V.; Galván Reyes, J., “Evaluación del sistema de salud mental en México: ¿hacia dónde encaminar la atención?”, en *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2013, Número 33 (4), página 253. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/9191/a03v33n4.pdf?sequence=1>.

<sup>21</sup> Organización Mundial de la Salud, *op. cit.*, párrafo 17.

<sup>22</sup> Organización Panamericana de la Salud, *Informe regional sobre los sistemas de salud mental en América latina y el Caribe*, 2013, pág. 44.

<sup>23</sup> Consejo de Derechos Humanos, Resolución 32/18 *Salud Mental y Derechos Humanos*. (2016). A/HRC/RES/32/18.

<sup>24</sup> *Ibidem.*, pág. 2.

<sup>25</sup> Informe del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (2017) *Salud mental y derechos humanos*. A/HRC/34/32.

- Las obligaciones mínimas del derecho a la salud mental son garantizar el acceso a los centros, bienes y servicios de salud en condiciones de igualdad, así como facilitar el acceso a medicamentos esenciales<sup>26</sup>.
- Hay una alta disparidad entre las personas que sufren de problemas de salud mental y quienes de hecho reciben tratamiento<sup>27</sup>.
- La experiencia de vivir con problemas de salud mental está estrechamente conectada a una insuficiente realización de otros derechos económicos, sociales y culturales, como son el derecho a la educación, el derecho al trabajo y el derecho a la vivienda. Por lo mismo, hay una estrecha relación entre los problemas de salud mental y la pobreza<sup>28</sup>.
- Hay una histórica y continua relegación de la salud mental en la política pública de los Estados<sup>29</sup>.
- El gasto anual mundial en salud mental es inferior a 2 dólares por persona, lo cual es completamente insuficiente y deriva en una escasa prestación de servicios. Además, lo poco que se invierte en este rubro se concentra en hospitales psiquiátricos, por lo que el presupuesto destinado a los servicios en la comunidad es prácticamente nulo<sup>30</sup>.

27. A fin de evidenciar la especial relevancia de la problemática, esta Sala estima conveniente destacar la siguiente afirmación del citado informe:

21. En el contexto de la salud, el concepto de paridad de tratamiento alude al hecho de valorar la salud mental en pie de igualdad con la salud física. Desde un punto de vista normativo, el marco que establece el derecho a la salud no crea una jerarquía en que la salud mental esté por debajo de la salud física. Dada la estrecha relación entre la salud física y la mental, se requiere un planteamiento que conceda igual valor a ambas y, sin embargo, la falta de paridad de tratamiento y la consideración preferente de la salud física sigue siendo la perspectiva dominante. Como consecuencia de ello, entre otras desigualdades, la salud mental recibe menos recursos humanos y financieros, y muchos centros de salud mental están

<sup>26</sup>Ibídem, párrafos 8 y 9.

<sup>27</sup>Ibídem, párrafo 11.

<sup>28</sup>Ibídem, párrafos 13 y 14.

<sup>29</sup>Ibídem, párrafo 12.

<sup>30</sup>Ibídem, párrafo 19.

deteriorados y tienen normas de higiene más bajas y menos servicios. También los datos y las investigaciones sobre la salud mental presentan importantes lagunas, particularmente en lo tocante a la situación de los derechos humanos de las personas con problemas de salud mental y de los usuarios de los servicios de salud mental y al efecto de las medidas de política<sup>31</sup>.

28. De los reportes internacionales mencionados se desprende que **a nivel mundial hay una clara insuficiencia en los servicios de salud mental**, en sí mismo, y en comparación con los servicios de salud física. Todo esto a pesar de que, como se adelantó, normativamente no existe algún elemento que establezca una jerarquía entre la atención que deben recibir cada aspecto de la salud.
29. En lo particular, nuestro país arroja una perspectiva preocupante en cuanto a su sistema de salud mental. El *“Informe regional sobre los sistemas de salud mental en América latina y el Caribe”* de la Organización Panamericana de la Salud publicado en 2013, sugiere que sólo 2% del presupuesto de salud está destinado a la mental y que, de ese porcentaje, el 80% se destina a hospitales psiquiátricos. Además, si se toma en cuenta que *“uno de cada cuatro mexicanos entre 18 y 65 años ha padecido en algún momento de su vida algún trastorno mental”*<sup>32</sup>, podemos advertir claramente que **la asignación presupuestaria resulta insuficiente y desproporcional respecto al presupuesto asignado a la salud en general (es decir, la física).**

### **B. El derecho a la salud mental incluye el suministro de medicamentos**

30. El artículo 12, párrafo 2, apartado d), del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales señala que los Estados Parte se encuentran obligados a crear las condiciones que aseguren a todos la asistencia médica y de servicios médicos en casos de enfermedad<sup>33</sup>.

<sup>31</sup> *Ibidem*, párrafo 21.

<sup>32</sup> Berenzon Gorn S, Saavedra Solano N, Medina-Mora Icaza ME, Aparicio Basauri V, Galván Reyes J., *op. cit.*, página 253.

<sup>33</sup> **Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales**

1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para: (...)

31. En este sentido, en la Observación General No.14, el Comité sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales interpretó el derecho a la salud contenido en el artículo 12 del Pacto, estableciendo varias directrices que resultan relevantes para este asunto. En primer lugar, el Comité se refiere a elementos esenciales del derecho a la salud, dentro de los que destacan la “Disponibilidad” y la “Accesibilidad”<sup>34</sup>. En cuanto a la “Disponibilidad”, afirma que “[c]ada Estado Parte deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud (...)” y específicamente se refiere a que los servicios deben incluir “los medicamentos esenciales definidos en el Programa de Acción sobre medicamentos esenciales de la OMS”<sup>35</sup>.
32. Además, señala que a fin de asegurar la plena efectividad del derecho, bienes y servicios de salud, los Estados **deben incluir los tratamientos apropiados de las enfermedades, incluidos los servicios preventivos, curativos y de rehabilitación, el suministro de medicamentos esenciales y el tratamiento y atención apropiados de la salud mental:**
17. ‘La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad’ (...) tanto física como mental, incluye el acceso igual y oportuno a **los servicios de salud básicos preventivos, curativos y de rehabilitación**, así como a la educación en materia de salud; programas de reconocimientos periódicos; **tratamiento apropiado de enfermedades, afecciones, lesiones y discapacidades frecuentes, preferiblemente en la propia comunidad; el suministro de medicamentos esenciales, y el tratamiento y atención apropiados de la salud mental**<sup>36</sup>.
33. Finalmente, al hacer referencia a las obligaciones básicas que se tienen que garantizar como mínimo para asegurar “la satisfacción de niveles esenciales de salud”, se refiere específicamente a “facilitar medicamentos esenciales, según las definiciones periódicas que figuran en el Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales de la OMS”<sup>37</sup>.

d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

<sup>34</sup> Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observación general N° 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*, 11/08/2000. E/C.12/2000/4, párrafo 12.

<sup>35</sup> Ídem.

<sup>36</sup> Ibídem, párrafo 17.

<sup>37</sup> Ibídem, párrafo 43.

34. Tomando en cuenta esta interpretación orientadora del derecho a la salud, podemos concluir que **una cuestión fundamental de este derecho es que los servicios se presten de manera integral, refiriéndonos con esto a que se debe dar tratamiento adecuado y completo**. Es decir, de los documentos internacionales se desprende que la protección al derecho a la salud implica que los servicios se presten desde su etapa inicial hasta, en su caso, la cura o la rehabilitación. Esta conclusión se apoya con el hecho de que la interpretación del Comité se refiere específicamente a que es parte de las obligaciones básicas el suministro de medicamentos esenciales.
35. En este mismo sentido, México ha reconocido este derecho a la prestación integral de servicios de salud. El artículo 77 bis 1 de la Ley General de Salud establece que para proteger el derecho a la salud, el Estado deberá garantizar que los servicios médicos “**satisfagan de manera integral las necesidades de salud, mediante la combinación de intervenciones de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y de rehabilitación**”. Además, el artículo 77 bis 37, establece como uno de los derechos de los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud “[r]ecibir servicios integrales de salud”.
36. Precisamente con esta preocupación en mente, esta Suprema Corte ha sostenido específicamente que **el suministro de medicamentos es parte integral del derecho a la salud**. Al respecto, desde el año 2000, esta Suprema Corte ha reiterado lo fallado por el Tribunal Pleno al resolver el amparo en revisión 2231/97 en el que sostuvo que:
- (...) tal garantía [el derecho a la salud] comprende la recepción de los medicamentos básicos para el tratamiento de una enfermedad, como parte integrante del servicio básico de salud consistente en la atención médica, que en su actividad curativa significa el proporcionar un tratamiento oportuno al enfermo, lo que incluye, desde luego, la aplicación de los medicamentos básicos correspondientes conforme al cuadro básico de insumos del sector salud, sin que obste a lo anterior el que los medicamentos sean recientemente descubiertos y que existan otras enfermedades que merezcan igual o mayor atención por parte del

sector salud, pues éstas son cuestiones ajenas al **derecho del individuo de recibir los medicamentos básicos para el tratamiento de su enfermedad, como parte integrante del derecho a la protección de la salud que se encuentra consagrado como garantía individual, y del deber de proporcionarlos por parte de las dependencias y entidades que prestan los servicios respectivos**<sup>38</sup>.

37. A su vez, la Ley General de Salud establece que se consideran servicios básicos de salud “[l]a disponibilidad de medicamentos y otros insumos esenciales para la salud”<sup>39</sup>. Asimismo, obliga a que la Secretaría de Salud garantice la existencia permanente y disponibilidad de los medicamentos que se encuentren en el Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud a la población que los requiera<sup>40</sup>.
38. Es a partir de las consideraciones anteriores que podemos concluir que **la debida protección del derecho a la salud conlleva la prestación de los servicios necesarios para su protección integral y que, como parte de esta prestación integral, se incluye al suministro de medicamentos.**
39. Además, dado que en el apartado anterior advertimos que no existe diferencia en el tratamiento normativo que reciben la salud física y la mental, no habría razón para excluir a la salud mental de esta conclusión. En otras palabras, que para **la debida protección de la salud mental, el Estado está obligado a prestar los servicios de salud mental de manera integral y específicamente, a suministrar los medicamentos básicos necesarios para su tratamiento.**
40. Ahora bien, tomando en cuenta que la línea jurisprudencial de esta Segunda Sala señala que el derecho a la salud prevé algunas obligaciones de tipo inmediato y otras “de resultado” en las que debe atenderse al “principio de

<sup>38</sup> Tesis aislada P. XIX/2000 del Tribunal Pleno, de rubro: “**SALUD. EL DERECHO A SU PROTECCIÓN, QUE COMO GARANTÍA INDIVIDUAL CONSAGRA EL ARTÍCULO 4o. CONSTITUCIONAL, COMPRENDE LA RECEPCIÓN DE MEDICAMENTOS BÁSICOS PARA EL TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES Y SU SUMINISTRO POR LAS DEPENDENCIAS Y ENTIDADES QUE PRESTAN LOS SERVICIOS RESPECTIVOS**”, *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, Novena Época, Tomo XI, Marzo de 2000, página 112.

<sup>39</sup> **Artículo 27 de la Ley General de Salud.** Para los efectos del derecho a la protección de la salud, se consideran servicios básicos de salud los referentes a: (...) **VIII.** La disponibilidad de medicamentos y otros insumos esenciales para la salud; (...).

<sup>40</sup> **Artículo 29 de la Ley General de Salud.** Del Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud, la Secretaría de Salud determinará la lista de medicamentos y otros insumos esenciales para la salud, y garantizará su existencia permanente y disponibilidad a la población que los requiera, en coordinación con las autoridades competentes.

progresividad”<sup>41</sup> para su cumplimiento, surge la duda de cómo es que el Estado debe cumplir con la obligación en estudio. Es decir, **¿el suministro de medicamentos es una obligación inmediata o que admite progresividad?** A reserva de que analizaremos el acto de autoridad reclamado, resulta relevante destacar algunas bases generales sobre el principio de progresividad y específicamente en obligaciones de salud mental que tiene el Estado.

41. En primer lugar, el principio de progresividad no implica que las obligaciones en materia de derechos económicos y sociales puedan postergarse indefinidamente con base en que hay recursos limitados e insuficientes, o en razón de que los cambios que se requieren son complicados. En segundo lugar, en principio se debe demostrar que hay planes, políticas o legislación, encaminados a efectuar los cambios que son necesarios<sup>42</sup>. En tercer lugar, hay una serie de obligaciones de carácter negativo que no requieren de recursos para ser implementadas. Y finalmente, se tiene que atender con independencia de los recursos materiales o técnicos.
42. En esta misma línea, la jurisprudencia de esta Segunda Sala establece lo siguiente:

**PRINCIPIO DE PROGRESIVIDAD DE LOS DERECHOS HUMANOS. SU NATURALEZA Y FUNCIÓN EN EL ESTADO MEXICANO.** El principio de **progresividad** que rige en materia de los derechos humanos implica tanto gradualidad como progreso. La gradualidad se refiere a que, generalmente, la efectividad de los derechos humanos no se logra de manera inmediata, sino que conlleva todo un proceso que supone definir metas a corto, mediano y largo plazos. Por su parte, el progreso implica que el disfrute de los derechos siempre debe mejorar. En tal sentido, el principio de progresividad de los derechos humanos se relaciona no sólo con la prohibición de regresividad del disfrute de los derechos fundamentales, sino también con la obligación positiva de promoverlos de manera progresiva y gradual, pues como lo señaló el Constituyente Permanente, el Estado mexicano tiene el mandato constitucional de realizar todos los cambios y transformaciones necesarias en la estructura económica, social, política y cultural del país, de manera que se garantice que todas las personas puedan disfrutar de

<sup>41</sup> Tesis aislada 2a. CVIII/2014 (10a.) de esta Sala, de rubro: “**SALUD. DERECHO AL NIVEL MÁS ALTO POSIBLE. ÉSTE PUEDE COMPRENDER OBLIGACIONES INMEDIATAS, COMO DE CUMPLIMIENTO PROGRESIVO.**”, *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, Décima Época, Tomo I, Noviembre de 2014, Libro 12, página 1192.

<sup>42</sup> Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, *Preguntas frecuentes sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales*, Folleto informativo no. 33. Visible en: <https://www.ohchr.org/Documents/Issues/ESCR/FAQ%20on%20ESCR-sp.pdf>

sus derechos humanos. Por tanto, el principio aludido exige a todas las autoridades del Estado mexicano, en el ámbito de su competencia, incrementar el grado de tutela en la promoción, respeto, protección y garantía de los derechos humanos y también les impide, en virtud de su expresión de no regresividad, adoptar medidas que sin plena justificación constitucional disminuyan el nivel de la protección a los derechos humanos de quienes se someten al orden jurídico del Estado mexicano<sup>43</sup>.

43. Sobre la progresividad en la implementación del derecho a la salud, en el Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental se menciona:

36. El derecho a la salud mental incluye obligaciones inmediatas y la exigencia de adoptar medidas deliberadas, concretas y orientadas a la realización progresiva de otras obligaciones.

37. Algunas obligaciones, incluidas ciertas libertades y obligaciones básicas, no están sujetas a la realización progresiva y deben aplicarse de inmediato. Entre las obligaciones básicas se incluyen la elaboración de una estrategia nacional de salud pública **y el acceso no discriminatorio a los servicios**. En cuanto al derecho a la salud mental, esto se traduce en la elaboración de una estrategia nacional de salud mental con una hoja de ruta que conduzca a dejar atrás los tratamientos coercitivos y a adoptar la igualdad de acceso a los servicios de salud mental basados en los derechos, que incluye la distribución equitativa de los servicios en la comunidad<sup>44</sup>.

44. Asimismo, el Consejo de Derechos Humanos estableció lo siguiente:

Los Estados partes en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales tienen la obligación básica de cumplir los niveles mínimos esenciales de cada uno de los derechos. Entre las **obligaciones básicas** relativas al derecho a la salud figuran: **garantizar el derecho de acceso a los centros, bienes y servicios de salud sobre una base no discriminatoria, en especial por lo que respecta a los grupos vulnerables o marginados**; velar por un acceso a una alimentación y una nutrición adecuadas; garantizar el acceso a un hogar, una vivienda y unas condiciones sanitarias básicas; facilitar el acceso a medicamentos esenciales; velar por una distribución equitativa de todas las instalaciones, bienes y servicios de salud y adoptar y aplicar una estrategia y un plan de acción nacionales de salud pública para hacer frente a las preocupaciones en materia de salud de toda la población<sup>45</sup>.

45. En el mismo sentido, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales señaló que:

Las violaciones de las obligaciones de cumplir se producen cuando los Estados Partes no adoptan todas las medidas necesarias para dar efectividad al derecho a la salud. Cabe citar entre ellas la no adopción o aplicación de una política nacional de salud con miras a garantizar el derecho a la salud de todos; los gastos

<sup>43</sup> Tesis de jurisprudencia 2a./J. 35/2019 de la Segunda Sala, de rubro: "**PRINCIPIO DE PROGRESIVIDAD DE LOS DERECHOS HUMANOS. SU NATURALEZA Y FUNCIÓN EN EL ESTADO MEXICANO**", *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, Décima Época, Libro 63, Febrero de 2019, Tomo I, p. 980.

<sup>44</sup> Consejo de Derechos Humanos, *op. cit.*, párrafo 37.

<sup>45</sup> Informe del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, *op. cit.*, párrafo 8.

insuficientes o la asignación inadecuada de recursos públicos que impiden el disfrute del derecho a la salud por los particulares o grupos, en particular las personas vulnerables o marginadas; la no vigilancia del ejercicio del derecho a la salud en el plano nacional, por ejemplo mediante la elaboración y aplicación de indicadores y bases de referencia; el hecho de no adoptar medidas para reducir la distribución no equitativa de los establecimientos, bienes y servicios de salud; la no adopción de un enfoque de la salud basado en la perspectiva de género; y el hecho de no reducir las tasas de mortalidad infantil y materna<sup>46</sup>.

46. A partir de los informes, observaciones y recomendaciones antes transcritos esta Sala puede concluir que en el caso del derecho a la salud, **los organismos internacionales especializados en la materia coinciden en cuanto a que el deber de los Estados de suministrar medicamentos sin discriminación es una obligación básica y, por lo tanto, de realización inmediata.** Aunque los referidos documentos no son de carácter obligatorio sino orientador, en ocasiones como ésta, en donde no tenemos criterios claros de cómo debemos cumplir nuestras obligaciones convencionales como Estado mexicano –en este caso la obligación de progresividad en materia de salud–, estos instrumentos son guías interpretativas que permiten al juzgador tener parámetros objetivos para evaluar la acciones de las autoridades en torno a sus obligaciones constitucionales y convencionales.
47. Por esta razón, en atención a los deberes que a esta Sala impone el artículo 1º, párrafos segundo y tercero, constitucional<sup>47</sup> se llega a la conclusión de que **la obligación progresiva del derecho a la salud en relación al suministro de medicamentos implica, por lo menos otorgarlos sin discriminación para todas las personas en general, y en particular a los grupos vulnerables.** Ahora bien, esta obligación no implica que cualquier medicamento que se solicite deba ser suministrado. Las

<sup>46</sup> Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *op. cit.*, párrafo 52.

<sup>47</sup> **Artículo 1º de la Constitución Federal.** (...)

(...)

Las normas relativas a los derechos humanos se interpretarán de conformidad con esta Constitución y con los tratados internacionales de la materia favoreciendo en todo tiempo a las personas la protección más amplia.

Todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley.

convenciones internacionales referidas son deferentes a los estados parte para definir cuáles son los medicamentos “esenciales” o “básicos”. Sin embargo, una vez que han sido definidos o establecidos por los propios estados, existe un deber de otorgarlos equitativamente.

48. En nuestro país, la legislación reconoce el derecho a recibir los medicamentos que se encuentren previstos en el “Cuadro Básico y Catálogo de Medicamentos”<sup>48</sup>, por lo que atendiendo a las obligaciones convencionales señaladas, y en específico al principio de progresividad, **el Estado mexicano no puede negar de manera regresiva medicamentos de ese Cuadro Básico a quien los requiera, ni mucho menos, otorgarlos de forma discriminatoria.**
49. Esta conclusión no desconoce que esta Segunda Sala ha señalado en dos ocasiones que las autoridades mexicanas, además, tenían el deber específico de suministrar medicamentos que no estuvieran incluidos en dicho Cuadro Básico<sup>49</sup>. Sin embargo, tales precedentes no son relevantes para el desarrollo de las consideraciones de este asunto, toda vez que los medicamentos solicitados por el señor González Gómez sí lo están<sup>50</sup>.
50. Además de la obligación específica de suministrar medicamentos, esta Sala destaca que los criterios internacionales también apuntan a que parte de las obligaciones básicas del derecho a la salud, implican el desarrollo e implementación de planes y políticas en materia de salud y, en específico, en materia de salud mental. No obstante, al no estar intrínsecamente relacionadas con la materia de este asunto, se estima innecesario abundar o desarrollar tales contenidos u obligaciones.

<sup>48</sup> **Artículo 29 de la Ley General de Salud.** Del Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud, la Secretaría de Salud determinará la lista de medicamentos y otros insumos esenciales para la salud, y garantizará su existencia permanente y disponibilidad a la población que los requiera, en coordinación con las autoridades competentes.

<sup>49</sup> Amparo en revisión 921/2014, fallado el once de marzo de dos mil quince y amparo en revisión 896/2015, fallado el dos de diciembre del mismo año.

<sup>50</sup> Como ya se señaló, los medicamentos que se le prescribieron son paroxetina, oxcarbazepina y haloperidol (ver nota 1). Dichos medicamentos se contemplan en la edición 2012 del Cuadro Básico y Catálogo de Medicamentos, mismo que corresponde a la fecha de solicitud del señor González Gómez, y fue publicada en el Diario Oficial de la Federación el veintiuno de mayo de dos mil trece. Los medicamentos solicitados se identifican en la Tercera Sección, misma que se encuentra disponible electrónicamente en la siguiente dirección:

[http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5299598&fecha=21/05/2013](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5299598&fecha=21/05/2013)

51. Tomando en cuenta todas estas consideraciones, **esta Segunda Sala llega a las conclusiones siguientes: primero, el derecho a la salud mental sí implica el suministro de medicamentos y, segundo, esta obligación conlleva, por lo menos, otorgarlos sin discriminación, que existan programas tendientes a suministrarlos a toda la población y en particular, a los grupos vulnerables.**
52. A partir de las conclusiones anteriores es que debemos analizar si el Instituto debía proporcionar los medicamentos solicitados por el señor González Gómez, o si, por el contrario, era válido que los negara sin violar el derecho a la salud.

### **C. La autoridad violó el derecho a la salud del señor González Gómez**

#### *C.1 Se negó de manera discriminatoria los medicamentos al quejoso*

53. La primera razón por la que el Instituto sostiene que negó los medicamentos al señor González Gómez tiene que ver con que la normatividad aplicable (Ley de Institutos Nacionales de Salud) no prevé su otorgamiento a pacientes ambulatorios (agravio primero). Al respecto, la autoridad sostiene que su actuación no sólo no violó el derecho a la salud del señor González Gómez, sino que, contrario a lo sostenido por la Juez de Distrito, su decisión sí estaba fundada y motivada, pues la legislación que rige su actuar no lo faculta para suministrar medicamentos a ciertos pacientes. Este argumento es **infundado** por las siguientes razones.
54. No existe fundamento jurídico que nos permita concluir que los servicios que el Instituto Nacional de Psiquiatría debe prestar a los pacientes ambulatorios son distintos a los que debe prestar a los pacientes hospitalizados. Sobre este punto, la recurrente apunta en su agravio primero a que la Juez de Distrito incorrectamente apreció que el acto que se le reclama no estaba debidamente fundado y motivado, aun cuando justificó

su respuesta en los artículos 54 a 56 de la Ley de Institutos Nacionales de Salud. Estos preceptos establecen lo siguiente:

**Artículo 54.** Los Institutos Nacionales de Salud prestarán los servicios de atención médica, conforme a lo siguiente:

I. Atenderán padecimientos de alta complejidad diagnóstica y de tratamiento, así como urgencias.

Una vez diagnosticado, resuelto o controlado el problema de tercer nivel que dio origen a la atención podrán referir a los pacientes a los otros niveles de atención, de conformidad con el sistema de referencia y contrarreferencia;

II. Recibirán a usuarios referidos por los otros dos niveles de atención o a los que requieran atención médica especializada, conforme al diagnóstico previo que efectúe el servicio de preconsulta del Instituto de que se trate, y

III. Proporcionarán los servicios bajo criterios de gratuidad, para lo cual las cuotas de recuperación que al efecto cobren se fundarán en principios de solidaridad social y guardarán relación con los ingresos de los usuarios, debiéndose eximir del cobro cuando el usuario carezca de recursos para cubrirlos, o en las zonas de menor desarrollo económico y social conforme a las disposiciones de la Secretaría de Salud.

**Artículo 55.** Para la prestación de los servicios de atención médica a su cargo, los Institutos podrán contar con los servicios de preconsulta, consulta externa, ambulatorios, urgencias y hospitalización.

Dichos servicios funcionarán de conformidad con lo dispuesto en los manuales de procedimientos.

55. Sin embargo, el Instituto se equivoca. **De la lectura de los fundamentos jurídicos que proporciona no se desprende alguna distinción jurídica entre un paciente hospitalizado y uno ambulatorio en cuanto a la atención médica que se les debe prestar.** Esto es, ni los artículos que cita el Instituto ni algún otro distinguen entre “tipo” de pacientes ni, mucho menos, le impiden suministrar medicamentos a los que sean ambulatorios.
56. Esta Sala estima que la Juez de Distrito de manera correcta reconoció – implícitamente– que no es suficiente fundamento con apuntar a preceptos jurídicos que genéricamente listan los servicios con los que podrán contar los Institutos Nacionales de Salud y de los que no se aprecia una distinción entre los servicios “ambulatorios” y los servicios de “hospitalización”, para concluir que no podían proporcionar los medicamentos solicitados. Máxime que: **i) tal como se evidenció en el segundo apartado, la legislación y nuestra jurisprudencia apuntan a lo contrario, esto es que el derecho a la salud implica el suministro de medicamentos, y ii) tomando en cuenta**

**el principio de progresividad, hay una obligación de realización inmediata a prestar ese servicio de salud.**

57. Por ello, dado que como resultado de la interpretación de la autoridad se excluyó a un grupo de personas de un servicio fundamental para la debida protección de la salud, no bastaba con que se refiriera a preceptos jurídicos genéricos, pues para realizar válidamente tal distinción la autoridad tendría que haber evidenciado que existía un fundamento jurídico expreso o bien debió advertir alguna racionalidad válida para negarle el suministro de medicamentos a un grupo de pacientes en específico, en este caso, los ambulatorios. Es decir, para sostener que tal distinción es válida, la autoridad habría tenido que evidenciar de forma contundente que la diferencia en el trato y el servicio tiene un sustento objetivo y racional, pues de lo contrario es discriminatoria. Sin embargo, el Instituto no señaló nada al respecto y esta Segunda Sala encuentra que no existe conexión alguna entre que una persona esté hospitalizada o no y su necesidad de recibir medicamentos para su correcto tratamiento.

58. Cabe recordar que como se señaló en párrafos anteriores, de las convenciones internacionales queda claro que una de las obligaciones inmediatas para garantizar el derecho a la salud, es prestar los servicios – en este caso el suministro de medicamentos– sin discriminación.

59. Ante lo expuesto concluimos que **es infundado** este agravio formulado por el Instituto, pues **la interpretación que de la normativa aplicable realizó atenta contra el derecho a la salud en relación con el de igualdad y no discriminación del señor González Gómez.**

*C.2. No se prestó el servicio de salud de manera completa e integral*

60. La segunda de las razones por las cuales el Instituto estima que no violó el derecho a la salud del señor González Gómez, es que no era la autoridad

competente para otorgar los medicamentos (agravios segundo, tercero y cuarto). Es decir, no niega que se le debían suministrar pero considera que esa obligación le corresponde a una autoridad distinta. Así, aduce que fue incorrecto que la Juez de Distrito sostuviera que *“el que la normatividad aplicable no contemple el otorgamiento de medicamentos no es un impedimento para que las autoridades del Sector Salud los otorguen a los gobernados con el fin de que conserven su salud”*, puesto que a juicio del Instituto *“no todos los hospitales, clínicas, Institutos de Salud, etc. tenemos las mismas obligaciones ni competencias”*. Bajo esta lógica sostiene que su obligación *“no es dar medicamentos gratuitos a cualquier paciente”*.

61. Además, la autoridad recurrente afirma que cumplió con sus obligaciones legales, porque en términos del artículo 54 de la Ley de Institutos Nacionales de Salud le es permitido *“referir pacientes a otro nivel de atención”*. Sostiene que, precisamente, eso realizó al *“informarle al Quejoso que consideramos conveniente que se afilie al Sistema de Protección Social de Salud en el Distrito Federal”*.
62. Sus argumentos son **infundados**. Es cierto que, tal como lo señala el Instituto, de las obligaciones constitucionales y convencionales en materia de salud no se deriva que cada autoridad deba prestar cualquier servicio a cualquier paciente. Por tal razón, las autoridades legislativas y ejecutivas tienen la potestad de organizar la prestación de este servicio a manera de hacerlo más eficiente, de especializarlo y de ofrecerlo a la mayor cantidad de población, para cumplir con sus obligaciones en materia de salud. Esto es, en principio en la Constitución y en los tratados internacionales no existen obstáculos o impedimentos para que el legislador, ejerciendo su libertad configurativa, determine que los Institutos Nacionales de Salud no serán competentes para suministrar medicamentos y que, por el contrario, habrá otra autoridad facultada para realizarlo.
63. Sin embargo, **en la distribución competencial que establezca el legislador, es necesario que se observe que el derecho de las personas a acceder a los medicamentos que necesitan no se vea**

**excesivamente obstaculizado, y que, sin importar qué autoridad los otorgue, se garantice que la persona recibirá el tratamiento completo. De lo contrario, no se estaría garantizando el derecho a la prestación de los servicios de salud de manera integral.**

64. En este sentido y relacionado con el caso concreto, no puede aceptarse que una institución de salud admita a un paciente, le preste la atención inicial y no se asegure de que recibirá el tratamiento completo. Máxime si la necesidad de medicamentos deriva de un diagnóstico que ella misma determinó a través de los servicios que presta. En este caso, del expediente clínico se advierte que el señor González Gómez fue admitido el treinta y uno de enero de dos mil once y se le prestó atención por consulta externa. En ella le diagnosticaron ciertos trastornos mentales y del comportamiento y se determinó que el medicamento que debía utilizar era paroxetina, oxcarbazepina y haloperidol<sup>51</sup>. Como ya se señaló los medicamentos se encuentran en el Cuadro Básico de Medicamentos<sup>52</sup>.
65. Esto es, la autoridad recurrente en ningún momento determinó que el paciente no fuera candidato a los servicios que ésta presta, ya sea por su pertenencia a otro sistema de seguridad social, porque su padecimiento no fuera acorde a la especialidad de dicho Instituto, o por cualquier otra razón. Por el contrario, **se le admitió como paciente y se le prestó el servicio de consulta externa**. Derivado de esto, el propio Instituto determinó que requería de una serie de medicamentos para mejorar su funcionalidad y recuperar su bienestar físico y mental<sup>53</sup>. Sin embargo, **el Instituto omitió darle una atención integral** porque: **a)** le negó los medicamentos que ella misma recetó, y **b)** en sustitución, no le otorgó la orientación adecuada para que la autoridad que a su juicio era competente, le otorgara los medicamentos prescritos.

---

<sup>51</sup> Véase nota 1.

<sup>52</sup> Véase nota 48.

<sup>53</sup> Paroxetina, oxcarbazepina y Haloperidol. Cuaderno del Juicio de Amparo Indirecto 584/2015, foja 18.

66. Es decir, **el que el Instituto haya incumplido con su deber de garantizar atención integral no deriva directamente de no haberle suministrado los medicamentos necesarios, sino de que, en adición, su actuar fue insuficiente para lograr la atención completa del paciente. Así, debe quedar claro que en cualquier caso, cuando una autoridad del sector salud no se estime competente para proporcionar medicamentos o cualquier otro servicio básico a una persona que ya admitió como paciente, es su obligación referirlo correctamente a la autoridad competente para suministrárselos**, lo que en este caso no hizo el Instituto como quedará demostrado en los párrafos subsecuentes.
67. No pasa inadvertido que, de hecho, la autoridad sostiene que de conformidad con el segundo párrafo de la fracción I del artículo 54 así como del 55 de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud<sup>54</sup>, *“le es dado referir pacientes a otros niveles de atención”*, y que considera que esto es lo que hizo *“[...] al informarle al Quejoso que [consideraba] conveniente que se afilie al Sistema de Protección Social en Salud del Distrito Federal”*, que a su juicio, es la autoridad competente para proporcionarlos.
68. De esos preceptos se advierte, en primer lugar, que el Instituto Nacional de Psiquiatría debe prestar servicios de atención médica, relativos a padecimientos de alta complejidad diagnóstica y tratamiento, así como de urgencias. Además, que una vez que sea diagnosticado, resuelto o controlado el problema de tercer nivel, **se podrá referir** a los pacientes a otros niveles de atención, de conformidad con el sistema de referencia y contrarreferencia. Es importante notar que el lenguaje del precepto apunta a una **potestad** para referir, es decir, nada evita que sea el propio Instituto el que siga atendiendo al paciente.

<sup>54</sup> **Artículo 54 de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud.** Los Institutos Nacionales de Salud prestarán los servicios de atención médica, conforme a lo siguiente:

I. Atenderán padecimientos de alta complejidad diagnóstica y de tratamiento, así como urgencias.

Una vez diagnosticado, resuelto o controlado el problema de tercer nivel que dio origen a la atención podrán referir a los pacientes a los otros niveles de atención, de conformidad con el sistema de referencia y contrarreferencia; [...].

**Artículo 55 de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud.** Para la prestación de los servicios de atención médica a su cargo, los Institutos podrán contar con los servicios de preconsulta, consulta externa, ambulatorios, urgencias y hospitalización. Dichos servicios funcionarán de conformidad con lo dispuesto en los manuales de procedimientos.

69. Asimismo, dichos artículos señalan que los Institutos podrán contar con los servicios de: (i) preconsulta; (ii) consulta externa; (iii) ambulatorios; (iv) urgencias, y (v) hospitalización, y que dichos servicios funcionaran como se disponga en manuales de procedimientos que para el efecto se establezcan.
70. Sin embargo, este Sala considera que la respuesta de la autoridad no es admisible, por las siguientes razones.
71. La Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-2014 para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica<sup>55</sup> establece criterios de operación y organización para las actividades de los establecimientos que prestan esos servicios. Además, dispone que las y los prestadores de servicios de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica deben contar –entre otros–, con los siguientes elementos: recursos humanos, materiales y económicos para la atención médica en casos de comorbilidad **y realizar la referencia oportuna al nivel de atención requerido dentro o fuera de la unidad de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica**, y deberán contar con manuales técnicos-administrativos (que incluyan procedimientos y organización).
72. En términos de esa Norma Oficial, el propio Instituto emitió el “*Manual de Procedimiento de la Subdirección de Consulta Externa*” en el que se regula, entre otras cosas, el “*Procedimiento para la referencia y/o contrarreferencia de pacientes de Consulta Externa*” (Numeral 5 del Manual), con el propósito de dar a conocer al personal médico y paramédico las indicaciones, trámites y formatos que se deberán cubrir para el proceso de referencia y/o contrarreferencia de pacientes de consulta externa<sup>56</sup>.

<sup>55</sup> NOM-025-SSA2-2014 publicada el cuatro de septiembre de dos mil quince en el Diario Oficial de la Federación. Dicha norma aplica al Instituto Nacional de Psiquiatría puesto que ésta define a las “Unidades de Atención Integral Hospitalaria Médico-Psiquiátrica” como “los establecimientos públicos, sociales y privados que prestan servicios de atención médica especializada a personas que padecen un trastorno mental”.

<sup>56</sup> Manual de Procedimiento de la Subdirección de Consulta Externa, hoja 2, numeral 1.

73. El manual en comento define referencia-contrarreferencia como aquel *“(p)rocedimiento médico administrativo entre unidades operativa de los tres niveles de atención para facilitar el envío-recepción-regreso de pacientes, con el propósito de brindar atención médica oportuna, integral y de calidad”*<sup>57</sup>. Además, destaca las siguientes las políticas para realizar dicho procedimiento<sup>58</sup>:

- Se debe informar al paciente y/o su familiar sobre el motivo de la referencia, y en su caso, el motivo de la contrarreferencia.
- Entregar original de Formato de referencia y contrarreferencia a la o el paciente o familiar responsable. Explicar ubicación de la unidad de referencia.
- Solicitar a la o el paciente y/o su familiar la autorización de la referencia y/o contrarreferencia.
- Trasladar a la o el paciente con el personal de Trabajo Social y entregar el Formato de referencia y contrarreferencia INPDSCEC-01-06, debidamente requisitado y autorizado, para su seguimiento.

74. Se señala que el procedimiento que debe seguirse para el otorgamiento de referencia y contrarreferencia es el siguiente:

---

<sup>57</sup> Ibídem, hoja 6, numeral 8.1.

<sup>58</sup> Ibídem hoja 2, numeral 3.

75. En atención a las disposiciones anteriores y conforme al procedimiento específico que debe seguirse en términos de las disposiciones administrativas para referenciar a sus pacientes de consulta externa, consideramos que el Instituto Nacional de Psiquiatría, al sugerirle al señor González Gómez afiliarse al Sistema de Protección Social en Salud del Distrito Federal, no realizó una “referencia”, por lo que su agravio resulta **infundado**.
76. En efecto, de la revisión de las constancias que obran en autos así como del expediente clínico, se observa que la autoridad en ningún momento emitió el Formato de Referencia y Contrarreferencia INPDSCEC-01-06, y mucho menos siguió el procedimiento administrativo correspondiente, de tal manera que se asegurara que el señor González Gómez recibiera una atención integral.
77. Es decir, de la legislación y las normas administrativas que rigen el sistema de referencia y contrarreferencia se desprende que “referir a los pacientes” en términos del artículo 54 de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud no implica simplemente recomendarles a qué institución acudir para iniciar un nuevo procedimiento y, en su caso, ser atendidos. Por el contrario, los institutos están obligados a seguir el procedimiento administrativo correspondiente, lo que no realizó el Instituto en el caso del señor González Gómez.
78. No pasa desapercibido que en el expediente consta que el Instituto refirió al quejoso al Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez con el único efecto

de que fuese valorado<sup>59</sup>. Tampoco se desconoce que el primero de febrero de dos mil once, el señor González Gómez fue atendido en el Instituto de Asistencia e Integración Social de la Secretaría de Desarrollo Social de la Ciudad de México, puesto que tal como se desprende del contenido del documento, el motivo de la referencia fue “*Sx de abstinencia a opiodes (morfina)*”<sup>60</sup>. Sin embargo, esta referencia fue realizada previo a que el señor González Gómez realizara la solicitud de medicamentos (acto reclamado) y evidencia que en ocasiones anteriores el Instituto se hizo cargo de una solicitud puntual de su salud que no se relaciona directamente con el acto reclamado en este juicio de amparo. Por lo anterior y ante la falta de acreditación en el expediente clínico de documento alguno que verifique o demuestre que sí se referenció al quejoso a otro sistema de salud o dependencia para el suministro de medicamentos que dieron origen a este juicio, es que resulta infundado el argumento de la autoridad.

79. En conclusión, aunque es cierto que la autoridad recurrente tiene la posibilidad de referir pacientes a otros niveles de atención, **en el caso concreto consideramos que la respuesta que le proporcionó al señor González Gómez no puede ser considerada como una referencia y, por lo tanto, es inaceptable como una medida para garantizar el derecho a la salud del quejoso.**
80. Además, es importante destacar que contrario a lo que alega la autoridad recurrente, el sistema de referencia no la imposibilitaba a suministrar medicamentos al quejoso, pues como lo señalamos, del artículo 54 antes citado se desprende que la referencia y contrarreferencia es una potestad del Instituto. Es decir, la recurrente basó su acto de autoridad en una interpretación restrictiva de la norma, y con ello negó el derecho a la salud al señor González Gómez. En este sentido, como lo sostuvo la Juez de Distrito, la interpretación conforme y pro persona hubieran llevado al Instituto Nacional de Psiquiatría a concluir que debía suministrar los medicamentos al señor González Gómez, lo cual, también se robustece con

<sup>59</sup> Expediente Clínico del quejoso, foja 69.

<sup>60</sup> Ídem.

el diverso 56 de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud que prevé:

**Artículo 56.** Los Institutos Nacionales de Salud prestarán los servicios de atención médica, preferentemente, a la población que no se encuentre en algún régimen de seguridad social.

81. Es decir, que todo instituto nacional deberá prestar los servicios de atención médica, preferentemente a la población que no esté en algún régimen de seguridad social, lo cual nos permite arribar a la conclusión que no puede ser obstáculo para el suministro de medicamentos o al derecho a la salud el que los pacientes no estén inscritos en diverso instituto del sector salud.

82. Finalmente y como bien lo señaló la Juez de Distrito, para garantizar el derecho a prestación de servicios de salud integrales del señor González Gómez la autoridad estaba *“obligada a tomar en consideración las particularidades del caso de la hoy parte solicitante del amparo”*<sup>61</sup>. La Juez en su sentencia sugiere que al señor González Gómez le aplica el marco de protección de las personas con discapacidad puesto que

la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, [...] señala que el concepto de personas con discapacidad incluye a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo, que al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás<sup>62</sup>.

83. La autoridad recurrente conocía la posibilidad de que el quejoso fuera una persona con discapacidad puesto que del expediente se desprende que él mismo se identificó ante el propio Instituto como una persona con una *“discapacidad mental”*<sup>63</sup>.

84. Pues bien, como correctamente lo señaló la Juez de Distrito, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad establece que *“[l]as personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y*

<sup>61</sup> Sentencia de amparo, Cuaderno del Juicio de Amparo Indirecto 584/2015, página 204.

<sup>62</sup> *Ibíd*em, página 203 y vuelta.

<sup>63</sup> Expediente clínico del quejoso, foja 35.

*efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás*<sup>64</sup>. En esta misma línea, la Ley General de Inclusión para las Personas con Discapacidad determina que se considera persona con discapacidad a “[t]oda persona que por razón congénita o adquirida presenta una o más deficiencias de carácter físico, mental, intelectual o sensorial, ya sea permanente o temporal y que al interactuar con las barreras que le impone el entorno social, pueda impedir su inclusión plena y efectiva, en igualdad de condiciones con los demás”<sup>65</sup>.

85. De los preceptos nacionales e internacionales se destaca que no es suficiente con que una persona presente un deficiencia para ser *considerada* una persona con discapacidad, sino que tal condición deriva de las “barreras sociales” con las que se enfrenta, que suelen traducirse en impedimentos u obstáculos para disfrutar de un trabajo, vivienda segura, buenos servicios de salud y pertenencia a comunidades, entre otras.
86. En este sentido, las deficiencias mentales (usualmente conocidas como enfermedades mentales) no tienen que llevar forzosamente a una condición de discapacidad, puesto que no todas las personas que las presentan se encuentran con las barreras sociales apuntadas. Sin embargo, de la evidencia científica se desprende que la gran mayoría de personas que viven con una o varias deficiencias mentales se enfrentan, por un lado, con los síntomas y obstáculos derivados de la propia deficiencia y, por el otro, con los estereotipos y prejuicios en torno a las enfermedades mentales<sup>66</sup> y los obstáculos sociales que les impiden gozar de sus derechos en igualdad de condiciones.
87. Ahora bien, para considerar que un individuo es una persona con discapacidad, es importante precisar que **no es necesario que la**

<sup>64</sup> Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, Artículo 1, segundo párrafo.

<sup>65</sup> **Artículo 2 de la Ley General de Inclusión para las Personas con Discapacidad**. Para los efectos de esta Ley se entenderá por: (...)

**XXVII.** Persona con Discapacidad. Toda persona que por razón congénita o adquirida presenta una o más deficiencias de carácter físico, mental, intelectual o sensorial, ya sea permanente o temporal y que al interactuar con las barreras que le impone el entorno social, pueda impedir su inclusión plena y efectiva, en igualdad de condiciones con los demás;

<sup>66</sup> CORRIGAN, PATRICK W. y WATSON, AMY C., “Understanding the impact of stigma on people with mental illness” en *World Psychiatry*, Febrero 2002, pág. 16.

**discapacidad se encuentre “fehacientemente acreditada”**, tal como lo sostuvo esta Sala en el amparo directo 31/2018<sup>67</sup> y como lo dispone la Observación General No. 6 del Comité de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad<sup>68</sup>. Por lo tanto, tomando en cuenta el marco normativo internacional y nacional así como nuestros precedentes, **esta Sala sostiene que cualquier persona que de manera genérica padezca lo que comúnmente se denomina “enfermedad mental”, “problema de salud mental”, “padecimiento mental”, “enfermedad psiquiátrica”, o que presente una “deficiencia mental”, ya sea comprobada o no, y se enfrente con barreras sociales que le impiden participar de manera plena y efectiva, en igualdad de condiciones, debe ser considerada como persona con discapacidad.**

88. El señor González Gómez es una persona con discapacidad (en específico, discapacidad psicosocial o mental). Del expediente se advierte que “de hecho” presenta una serie de deficiencias mentales de largo plazo<sup>69</sup>. Además, sostiene que se ha enfrentado y se enfrenta con barreras que le impiden disfrutar de una serie de derechos. Por ejemplo, afirma que debido a su discapacidad no ha podido obtener un empleo y que por lo mismo se alimenta con el apoyo que recibe de ciertas fundaciones. Asimismo apunta a que a pesar de tener vivienda, no puede cubrir el costo de servicios

<sup>67</sup>En el Amparo Directo 31/2018 esta Segunda Sala aclaró que: “bajo la interpretación amplia que el Comité [sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad] referido ha realizado del artículo 1, párrafo segundo, de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, se colige que pueden llevarse a cabo actos discriminatorios contra personas cuyas deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales no se encuentren fehacientemente acreditadas al momento en que se lleva a cabo la conducta discriminatoria; ya que basta con que el ente discriminante obre bajo la creencia o suposición de que, efectivamente, la persona cuente con una discapacidad; tal y como aconteció en la especie. En otras palabras, la discapacidad puede ser ‘supuesta o aparente’, pero las diferencias de trato basadas en esa “aparente discapacidad”, provocan que la discriminación sí sea real”.

<sup>68</sup> Tratándose de personas con una “supuesta” discapacidad, el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad ha dicho que: “La “discriminación por motivos de discapacidad” puede afectar a personas que tienen una discapacidad en ese momento, que la han tenido en el pasado, que tienen predisposición a una posible discapacidad futura o que tienen una discapacidad presunta...” (Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, Observación general No. 6 (2018) sobre la igualdad y la no discriminación. CRPD/C/GC/6, párrafo. 20.)

<sup>69</sup> Del expediente clínico se desprende que tiene: i) Trastorno Afectivo tipo Depresivo secundario a Causa Médica (disritmia cerebral); ii) Estrés Postraumático, y iii) Dependencia a Opiáceos (morfina) en remisión total. Cuaderno del Juicio de Amparo Indirecto 584/2015, fojas 16 a 18. Dicho diagnóstico fue reiterado en oficio de veinte de febrero de dos mil quince emitido por la autoridad responsable (foja 152 del expediente clínico). Finalmente, su diagnóstico se retomó por el Sistema para el Desarrollo Integral del Sistema para Distrito Federal al extenderle la constancia por discapacidad que se encuentra en las fojas 164 y 165 del mismo expediente clínico.

básicos como electricidad y gas.<sup>70</sup> Es decir, dado que en el expediente se advierte que presenta una discapacidad psicosocial y que al interactuar en su entorno socioeconómico se ha enfrentado con ciertas barreras, es que podemos considerarlo una persona con discapacidad psicosocial.

89. Partiendo de esta condición el señor González Gómez **goza de un marco jurídico particular de protección en razón de su condición de especial vulnerabilidad y desigualdad de facto frente a la sociedad y el ordenamiento jurídico.**
90. En este sentido, las autoridades tienen obligaciones específicas hacia las personas con discapacidad, a fin de garantizar sus derechos. Por ejemplo, se debe priorizar que sus actuaciones no refuercen estereotipos en torno a las personas con discapacidad psicosocial<sup>71</sup>; la legislación y políticas públicas deben buscar reducir o erradicar la discriminación directa e indirecta en su contra<sup>72</sup>, y las autoridades que les prestan servicios deben proporcionar los ajustes razonables que necesiten para acceder a bienes y servicios en un plano de igualdad con quienes no presentan una discapacidad<sup>73</sup>.
91. Además, se tiene que tomar en cuenta que en el ámbito de la discapacidad ha habido un “cambio de paradigma”, pasando de un modelo médico a uno social. Como lo ha sostenido la Primera Sala de esta Suprema Corte, dicho

<sup>70</sup> *Ibídem*, foja 20.

<sup>71</sup> El artículo 8°, apartado 1, inciso b), de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad establece como parte de los compromisos de los Estados respecto a la toma de conciencia, “*luchar contra los estereotipos, prejuicios y prácticas nocivas respecto de las personas con discapacidad*”.

<sup>72</sup> La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad prevé en su artículo 4.1 la obligación general de los Estados de “*asegurar y promover el pleno ejercicio de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas con discapacidad sin discriminación alguna por motivos de discapacidad*”. Asimismo, su artículo 5.2 establece la obligación de los Estados de prever la prohibición categórica por motivos de discapacidad.

<sup>73</sup> El artículo 5.3 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad prevé como una medida para la igualdad y no discriminación la adopción de todas las medidas pertinentes para asegurar la realización de ajustes razonables, entendidos en términos del artículo 2 de la misma Convención como “*modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas que no impongan una carga desproporcionada o indebida, cuando se requieran en un caso particular, para garantizar a las personas con discapacidad el goce o ejercicio, en igualdad de condiciones con las demás, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales*”. Esa definición es retomada por la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad en la fracción II de su artículo 2 al disponer que: “**II. Ajustes Razonables.** Se entenderán las modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas que no impongan una carga desproporcionada o indebida, cuando se requieran en un caso particular, para garantizar a las personas con discapacidad el goce o ejercicio, en igualdad de condiciones con las demás, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales.”.

cambio de paradigma implica que *“la discapacidad debe ser considerada como una desventaja causada por las barreras que la organización social genera, al no atender de manera adecuada las necesidades de las personas con diversidades funcionales, por lo que puede concluirse que las discapacidades no son enfermedades”*<sup>74</sup>.

92. Este cambio de paradigma es especialmente relevante en el campo de la salud, puesto que las autoridades de esta materia deben tomar en cuenta el entorno y las barreras con las que se enfrentan los “pacientes” con discapacidad. Además, tienen que tener en cuenta que una gran mayoría de personas con discapacidad no se consideran personas enfermas, ni ven su discapacidad como una enfermedad. Lo que es más, *“muchas personas con discapacidad no ven su diversidad corporal o funcional como una deficiencia real, sino como un rasgo positivo y normal de su identidad o como una deficiencia percibida”*<sup>75</sup>.
93. También es de suma importancia que tomen en cuenta la alta vulnerabilidad en la que se encuentran las personas con discapacidad psicosocial, ya que incluso sufren una mayor segregación y discriminación dentro del grupo de

<sup>74</sup> Tesis aislada 1ª VI/2013 de rubro y texto: **“DISCAPACIDAD. SU ANÁLISIS JURÍDICO A LA LUZ DEL MODELO SOCIAL CONSAGRADO EN LA CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD.** La concepción jurídica sobre la discapacidad ha ido modificándose en el devenir de los años: en principio existía el modelo de “prescindencia” en el que las causas de la discapacidad se relacionaban con motivos religiosos, el cual fue sustituido por un esquema denominado “rehabilitador”, “individual” o “médico”, en el cual el fin era normalizar a la persona a partir de la desaparición u ocultamiento de la deficiencia que tenía, mismo que fue superado por el denominado modelo “social”, el cual propugna que la causa que genera una discapacidad es el contexto en que se desenvuelve la persona. Por tanto, las limitaciones a las que se ven sometidas las personas con discapacidad son producidas por las deficiencias de la sociedad de prestar servicios apropiados, que aseguren que las necesidades de las personas con discapacidad sean tomadas en consideración. Dicho modelo social fue incorporado en nuestro país al haberse adoptado la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad del año 2006, misma que contiene y desarrolla los principios de tal modelo, los cuales en consecuencia gozan de fuerza normativa en nuestro ordenamiento jurídico. **Así, a la luz de dicho modelo, la discapacidad debe ser considerada como una desventaja causada por las barreras que la organización social genera, al no atender de manera adecuada las necesidades de las personas con diversidades funcionales, por lo que puede concluirse que las discapacidades no son enfermedades.** Tal postura es congruente con la promoción, protección y aseguramiento del goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos fundamentales de las personas con discapacidad, lo que ha provocado la creación de ajustes razonables, los cuales son medidas paliativas que introducen elementos diferenciadores, esto es, propician la implementación de medidas de naturaleza positiva -que involucran un actuar y no sólo una abstención de discriminar- que atenúan las desigualdades” (Semana Judicial de la Federación y su Gaceta, Libro XVI, enero de 2013, Tomo I, p. 634).

<sup>75</sup> Informe de la Relatora Especial sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2018) sobre el derecho al más alto nivel posible de salud. A/73/161, párrafo 6.

personas con discapacidad<sup>76</sup>, y en ocasiones ni siquiera son consideradas como tal o no cuentan con los beneficios sociales que suelen otorgarse a las personas con discapacidad<sup>77</sup>. Al respecto, el informe del Alto Comisionado apunta a que “[l]os sistemas de determinación o certificación de la discapacidad, cuando existen, no siempre las reconocen como personas con discapacidad, lo que puede excluirlas de programas de protección social específicamente destinados a la discapacidad”<sup>78</sup>.

94. Finalmente, es importante señalar que dado los estigmas asociados a la salud mental y a la discapacidad en general, muchas personas que cumplen con las condiciones para ser consideradas personas con discapacidad psicosocial, no se reconocen como tal. Sin embargo, la no auto-adscripción de una persona al grupo de personas con discapacidad, no debe ser un obstáculo para el goce de los derechos contenidos en los tratados y legislación en torno a las personas con discapacidad.
95. En relación con lo hasta aquí dicho, esta Sala sostiene que **es indispensable que las autoridades que prestan servicios en torno a la salud mental y que por lo mismo suelen trabajar con población con discapacidad, tengan en cuenta el amplio marco de derechos de los que estas personas son titulares y, sobre todo, que su aproximación se realice desde el modelo social de la discapacidad.**
96. Conviene específicamente hacer referencia al artículo 25 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, que tutela el derecho a la salud de las personas con discapacidad<sup>79</sup>, y cuyo inciso b)

<sup>76</sup> Así se ha reconocido en varias ocasiones por organismos internacionales. Ver Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Observación General no. 1 (2012) Artículo 12: Igual reconocimiento como persona ante la ley. CRPD/C/GC/1, párrafo 9; Informe de la Relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad. A/73/161, párrafo 30.

<sup>77</sup> Informe del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, *op. cit.*, párrafo 24.

<sup>78</sup> Ídem.

<sup>79</sup> **Artículo 25. Salud**

Los Estados Partes reconocen que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad. Los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad a servicios de salud que tengan en cuenta las cuestiones de género, incluida la rehabilitación relacionada con la salud. En particular, los Estados Partes:

a) Proporcionarán a las personas con discapacidad programas y atención de la salud gratuitos o a precios asequibles de la misma variedad y calidad que a las demás personas, incluso en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, y programas de salud pública dirigidos a la población;

dispone que las autoridades tienen la obligación de “[proporcionar] los servicios de salud que necesiten las personas con discapacidad específicamente como consecuencia de su discapacidad, incluidas la pronta detección e intervención, cuando proceda, y servicios destinados a prevenir y reducir al máximo la aparición de nuevas discapacidades”.

97. En este sentido, el derecho a la salud tiene una relevancia particular en el caso de las personas con discapacidad porque tiene implicaciones directas en su condición de discapacidad, ya sea para su deficiencia actual o la prevención de la aparición de nuevas deficiencias.
98. Esto de ningún modo implica que estemos considerando que la discapacidad es una enfermedad que debe “curarse”. Por el contrario, esta Sala estima importante enfatizar la particular importancia de que sean garantizados los servicios de salud que necesitan las personas como consecuencia de su discapacidad. En el caso de las personas con discapacidad psicosocial, debe destacarse la relevancia del suministro de los medicamentos que requieren para atender sus deficiencias mentales.
99. Sobre este punto incluso ha habido pronunciamientos de algunos especialistas en el tema de discapacidad. La Relatora Especial sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas ha señalado que “[n]o garantizar el acceso a tratamiento y medicación vitales para aliviar el dolor y el sufrimiento representa una amenaza para los

---

b) Proporcionarán los servicios de salud que necesiten las personas con discapacidad específicamente como consecuencia de su discapacidad, incluidas la pronta detección e intervención, cuando proceda, y servicios destinados a prevenir y reducir al máximo la aparición de nuevas discapacidades, incluidos los niños y las niñas y las personas mayores;

c) Proporcionarán esos servicios lo más cerca posible de las comunidades de las personas con discapacidad, incluso en las zonas rurales;

d) Exigirán a los profesionales de la salud que presten a las personas con discapacidad atención de la misma calidad que a las demás personas sobre la base de un consentimiento libre e informado, entre otras formas mediante la sensibilización respecto de los derechos humanos, la dignidad, la autonomía y las necesidades de las personas con discapacidad a través de la capacitación y la promulgación de normas éticas para la atención de la salud en los ámbitos público y privado;

e) Prohibirán la discriminación contra las personas con discapacidad en la prestación de seguros de salud y de vida cuando éstos estén permitidos en la legislación nacional, y velarán por que esos seguros se presten de manera justa y razonable;

f) Impedirán que se nieguen, de manera discriminatoria, servicios de salud o de atención de la salud o alimentos sólidos o líquidos por motivos de discapacidad.

*derechos a la vida, a la salud y a no ser sometido a tratos crueles, inhumanos y degradantes*<sup>80</sup>. Además sugiere que “*el acceso a la habilitación y la rehabilitación, dispositivos de apoyo y servicios de salud esenciales que necesiten las personas con discapacidad debido a su deficiencia debería considerarse una obligación básica no sujeta a realización progresiva*”<sup>81</sup>.

100. En específico y bajo esta misma lógica, en su Informe de Salud Mental y Derechos Humanos, el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos apunta a la especial importancia de se satisfagan los servicios de salud mental para la población de personas con discapacidad psicosocial en tanto tiene un impacto directo en el goce y disfrute de sus demás derechos<sup>82</sup>.
101. Pues bien, esta Segunda Sala llega a la conclusión de que **el derecho a la salud y en específico el derecho al suministro de medicamentos para atender la deficiencia mental de las personas con discapacidad psicosocial necesitan de una protección reforzada**, pues al tener una incidencia directa en su condición de discapacidad, la falta de medicamentos puede tener una repercusión desproporcional respecto de las demás personas, en el goce y ejercicio de otros derechos y en su calidad de vida.
102. En este sentido, la obligación de suministrar medicamentos en el caso de personas con discapacidad psicosocial –y en general de todas las personas con discapacidad– cuando son medicamentos que se han recetado en función precisamente de su deficiencia, se extiende a cualquier medicamento y no únicamente los de la lista de medicamentos básicos.
103. Cabe aclarar que esta Sala no ignora que muchas personas con discapacidad psicosocial optan por no hacer uso de medicamentos. Ello de

<sup>80</sup> Informe de la Relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad, *op. cit.*, párrafo 38.

<sup>81</sup> Consejo de Derechos Humanos, *op. cit.*, párrafo 18.

<sup>82</sup> Al respecto véase el Informe del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (2017) *Salud mental y derechos humanos*, A/HCR/34/32, disponible en: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G17/021/37/PDF/G1702137.pdf?OpenElement>.

ninguna manera es incompatible con la conclusión apuntada, pues afirmar que existe un derecho a recibir medicamentos no puede implicar que las personas con discapacidad psicosocial estén *obligadas* a recibirlos, ni mucho menos, que se les puedan suministrar sin su consentimiento.

104. Tampoco se pasa por alto que para proteger la dignidad de las personas con discapacidad psicosocial, los especialistas consideran que es necesario evitar la medicalización excesiva y que se deben tomar en cuenta *“las experiencias psicológicas y sociales como factores de riesgo que contribuyen a una mala salud mental y como factores positivos que contribuyen al bienestar”*.<sup>83</sup> Es decir, afirmar que existe la obligación del Estado de suministrar los medicamentos para tratar la deficiencia mental de una persona, no pasa por alto que las autoridades también deben tomar en cuenta que en muchos casos existen alternativas o complementos que no son de carácter “biomédico”, y que también son indispensables para que la persona mantenga o consiga la salud mental.
105. No obstante ello, lo que sí importa a esta Sala es evidenciar las repercusiones que pudieran derivarse de que el Instituto no haya tomado las precauciones necesarias para que el señor González Gómez recibiera los medicamentos de manera inmediata, so pretexto de que “no era una autoridad competente” y sin que en su defecto garantizara que dichos medicamentos le fueran efectivamente proporcionados.
106. Por otro lado, también es importante precisar que compartir el argumento del Instituto respecto a que únicamente puede suministrar medicamentos a

<sup>83</sup> El Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental señaló en un Informe al Consejo de Derechos Humanos que la salud mental debe transitar de un modelo biomédico a uno psicosocial. Este cambio implica dejar de tratar únicamente a *“los trastornos mentales a través de aspectos y procesos neurobiológicos, en los que se basa para realizar las intervenciones”* para evitar la medicalización excesiva. Más bien *“entiende las experiencias psicológicas y sociales como factores de riesgo que contribuyen a una mala salud mental y como factores positivos que contribuyen al bienestar”*. Tomando en cuenta esta diferencia, recomienda que un sistema de salud mental respetuoso del derecho a la salud y los derechos humanos es aquel que mantenga *“un buen equilibrio entre el modelo y las intervenciones biomédicas, por un lado, y las psicosociales, por otro”*. (Consejo de Derechos Humanos. Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. A/HRC/35/21, párrafos 18-20).

los pacientes hospitalizados, implicaría validar una política que previsiblemente tendría un impacto negativo e indirecto en un grupo vulnerable de la población como son las personas con deficiencias mentales<sup>84</sup>.

107. La negativa de suministrar medicamentos a un paciente ambulatorio, sobre todo cuando éste carece de recursos (como se desprende del estudio socioeconómico que la propia recurrente practicó al quejoso<sup>85</sup>), puede tener como consecuencia que termine hospitalizado en instituciones psiquiátricas, aun cuando su internamiento no hubiese sido necesario en un primer momento. Ello puede derivarse del agravamiento de su estado de salud por no recibir los medicamentos, o de que la persona opte por la hospitalización como única forma de recibirlos con la esperanza de recobrar o estabilizar su salud.
108. En este sentido la legislación nacional y tratados internacional apuntan a que el tratamiento de personas con discapacidad psicosocial debe tender a la vida en comunidad. La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad tiene como uno de sus principios la participación e inclusión plena y efectiva en la sociedad<sup>86</sup> y el artículo 19 de la misma dispone el derecho a vivir de forma independiente y ser incluido en la comunidad<sup>87</sup>, lo que en términos del informe de la Relatora sobre los

<sup>84</sup> En el presente asunto usamos el término “deficiencia mental” para referirnos a lo que comúnmente se denominan “enfermedades mentales”, “enfermedades psiquiátricas”, u otros. Esta precisión es relevante porque, como lo mencionó la Relatora Especial de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad en su Informe sobre los problemas a los que se enfrentan las personas con discapacidad para disfrutar del derecho al más alto nivel posible de salud (Julio 2018), “[t]ener una deficiencia no implica tener mala salud”. En este sentido, una gran mayoría de personas con discapacidad no se consideran personas enfermas, ni ven su discapacidad como una enfermedad. Lo que es más, “muchas personas con discapacidad no ven su diversidad corporal o funcional como una deficiencia real, sino como un rasgo positivo y normal de su identidad o como una deficiencia percibida”. (Ver Informe de la Relatora Especial sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2018) sobre el derecho al más alto nivel posible de salud, A/73/161, párrafo 6). Por ello, consideramos oportuno apartarnos de cualquier referencia a las deficiencias mentales como enfermedades, y utilizaremos el término que respeta en mayor medida la diversidad, la dignidad, y que menos estereotipa a las personas.

<sup>85</sup> Expediente clínico del quejoso, fojas 94-96.

<sup>86</sup> **Artículo 3 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.** Principios generales. Los principios de la presente Convención serán: (...) c) La participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad;

<sup>87</sup> **Artículo 19 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.** Derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad  
Los Estados Partes en la presente Convención reconocen el derecho en igualdad de condiciones de todas las personas con discapacidad a vivir en la comunidad, con opciones iguales a las de las demás, y adoptarán medidas efectivas y pertinentes para facilitar el pleno goce de este derecho por las personas con discapacidad y su plena inclusión y participación en la comunidad, asegurando en especial que:

derechos de las personas con discapacidad, “*excluye la segregación y la reclusión en entornos sanitarios*”<sup>88</sup>. Además, en la Observación General No. 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, se establece que el derecho a la salud incluye el “*tratamiento apropiado de enfermedades, afecciones, lesiones y discapacidades frecuentes, preferiblemente en la propia comunidad*”<sup>89</sup>.

109. A su vez, en el Informe del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos sobre Salud Mental, se menciona que “[c]uando los servicios de atención y asistencia en materia de salud mental se prestan en el marco de sistemas e instituciones de asistencia social segregados aumenta el riesgo de conculcación de derechos humanos”<sup>90</sup>.
110. Incluso, los organismos internacionales y especialistas apuntan a que una de las mayores problemáticas con los sistemas actuales de salud mental, es la falta de inversión en servicios de salud en comunidad y un desproporcional enfoque de los recursos en las instituciones y hospitales<sup>91</sup>.
111. Finalmente se destaca que diversas organizaciones sociales así como organismos internacionales, han evidenciado que recluir a pacientes en hospitales psiquiátricos incrementa los riesgos de sufrir diversas violaciones a sus derechos humanos<sup>92</sup>.

a) Las personas con discapacidad tengan la oportunidad de elegir su lugar de residencia y dónde y con quién vivir, en igualdad de condiciones con las demás, y no se vean obligadas a vivir con arreglo a un sistema de vida específico; b) Las personas con discapacidad tengan acceso a una variedad de servicios de asistencia domiciliaria, residencial y otros

b) servicios de apoyo de la comunidad, incluida la asistencia personal que sea necesaria para facilitar su existencia y su inclusión en la comunidad y para evitar su aislamiento o separación de ésta;

c) Las instalaciones y los servicios comunitarios para la población en general estén a disposición, en igualdad de condiciones, de las personas con discapacidad y tengan en cuenta sus necesidades.

<sup>88</sup> Informe de la Relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad, *op. cit.*, párrafo 16.

<sup>89</sup> Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *op. cit.*, párrafo 17.

<sup>90</sup> Informe del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. *op. cit.*, párrafo 20.

<sup>91</sup> *Ibidem*, párrafo 19.

<sup>92</sup> Así lo reconoce la Relatora sobre los derechos de las personas con discapacidad en su informe más reciente al señalar que “(e)n muchos servicios de salud mental se recurre regularmente a la reclusión y a procedimientos de contención, incluida la contención farmacológica”. Informe de la Relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad. A/73/161, párrafo 42.

112. Si bien reconocemos que la recurrente únicamente se limitó a señalar su negativa y en ningún momento sugirió directamente al señor González Gómez la hospitalización, no puede pasar desapercibido el efecto que puede tener su responsiva; mismo que el Instituto puede razonablemente prever dada su experiencia y conocimiento en el tema y el perfil del propio paciente que se desprende de su expediente médico.
113. De lo que aquí se ha señalado, esta Sala estima que **el hecho de que el Instituto no haya suministrado los medicamentos o en su defecto procurará que los recibiera, aunado a no haber tomado en cuenta la condición de discapacidad del señor González Gómez, violó el derecho a la prestación integral del derecho a la salud y lo expuso a una mayor vulnerabilidad que puede derivar en subsecuentes violaciones a sus derechos y a un detrimento en su calidad de vida.**

**D. La Juez de Distrito aplicó debidamente los artículos 8, 14 y 16 constitucionales**

114. Finalmente, la autoridad recurrente en su quinto agravio señaló que la Juez de Distrito aplicó indebidamente los artículos 8, 14 y 16 constitucionales para conceder el amparo al quejoso. Bajo tales aspectos, la recurrente afirma que tendrían que cumplir con obligaciones a las que no tienen acceso por carecer de presupuesto suficiente. Esta Sala considera que este agravio resulta **inoperante**.
115. La recurrente considera que la aplicación de dichos preceptos fueron la razón por la que la Juez de Distrito otorgó el amparo al quejoso, aspecto que no fue así. Como se recordará de los antecedentes del caso, el quejoso señaló como actos reclamados: **a)** la omisión de las responsables a responder una petición para el suministro de medicamentos; **b)** un oficio en que se le negó el suministro, y **c)** la omisión de procurarle salud y bienestar, ante la negativa de suministrarle los medicamentos y proteger su vida mediante procedimientos que le garanticen su salud y su vida.

## AMPARO EN REVISIÓN 251/2016

116. Posteriormente, el juzgador sobreseyó respecto a la omisión de las responsables de dar respuesta a su escrito ya que si lo habían hecho. Por otra parte, concedió el amparo bajo dos aspectos esenciales. El primero consistió en que el oficio reclamado, entre otras cosas, no estaba fundado y motivado debido a que no atendió las pretensiones del quejoso y, la segunda, en que las responsables estaban obligadas a suministrar medicamentos al quejoso independientemente de si es un paciente ambulatorio, de conformidad con el artículo 4° constitucional como de diversos tratados internacionales en materia de salud.
117. Es decir, la responsable erróneamente consideró que la Juez concedió el amparo atendiendo a los artículos 8, 14 y 16 constitucionales, cuando éstos fueron sólo parte de las consideraciones por las que se concedió el amparo. En efecto, la Juez de Distrito apoyó sus consideraciones, además, con la obligación que tienen las autoridades del sector salud de respetar y proteger el derecho a la salud, causa principal por la que concedió el amparo.
118. Por lo anterior, dado que la recurrente parte de premisas falsas, es que resulta inoperante el agravio en estudio.
119. Tomando en cuenta todas las consideraciones aquí vertidas, esta Sala estima que no le asiste la razón al Instituto Nacional de Salud, y en consecuencia,

### SE RESUELVE:

**PRIMERO.** En la materia de la revisión, se confirma la sentencia recurrida.

**SEGUNDO.** La Justicia de la Unión Ampara y Protege a **JAVIER EZRA GONZÁLEZ GÓMEZ**, contra los actos y autoridades responsables

## AMPARO EN REVISIÓN 251/2016

precisados en párrafo séptimo de esta ejecutoria, y en los términos precisados por la Juez de Distrito.

**Notifíquese**; con testimonio de esta resolución vuelvan los autos al Tribunal Colegiado de origen y, en su oportunidad, archívese el toca.

Por unanimidad de cuatro votos de los Ministros Alberto Pérez Dayán, José Fernando Franco González Salas, Yasmín Esquivel Mossa y Presidente Javier Laynez Potisek. El Ministro Eduardo Medina Mora Icaza se encuentra legalmente impedido para conocer del asunto.

Firman el Ministro Presidente de la Segunda Sala y Ponente, con la Secretaria de Acuerdos, quien autoriza y da fe.

**PRESIDENTE DE LA SEGUNDA SALA  
Y PONENTE**

**MINISTRO JAVIER LAYNEZ POTISEK**

**SECRETARIA DE ACUERDOS  
DE LA SEGUNDA SALA**

## AMPARO EN REVISIÓN 251/2016

### JAZMÍN BONILLA GARCÍA

EL SUSCRITO JOSÉ OMAR HERNÁNDEZ SALGADO **HACE CONSTAR** QUE LAS HOJAS QUE ANTECEDEN PERTENECEN A LA EJECUTORIA PRONUNCIADA EN SESIÓN DE **QUINCE DE MAYO DEL DOS MIL DIECINUEVE**, EN EL EXPEDIENTE NUMERO **AR 251/2016** PROMOVIDO POR LA **DIRECTORA GENERAL Y DIRECTOR DE SERVICIOS CLÍNICOS AMBOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA “RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ”**, REFLEJAN LA DECISIÓN ADOPTADA EN FORMA UNÁNIME POR LA Y LOS MINISTROS INTEGRANTES DE ESTA SEGUNDA SALA DE LA SUPREMA CORTE DE JUSTICIA DE LA NACIÓN, CUYOS PUNTOS RESOLUTIVOS SON: **PRIMERO. EN LA MATERIA DE LA REVISIÓN, SE CONFIRMA LA SENTENCIA RECURRIDA. SEGUNDO. LA JUSTICIA DE LA UNIÓN AMPARA Y PROTEGE A JAVIER EZRA GONZÁLEZ GÓMEZ, CONTRA LOS ACTOS Y AUTORIDADES RESPONSABLES PRECISADOS EN PÁRRAFO SÉPTIMO DE ESTA EJECUTORIA, Y EN LOS TÉRMINOS PRECISADOS POR LA JUEZ DE DISTRITO. VA DEBIDAMENTE COTEJADA, SELLADA, RUBRICADA Y FOLIADA.**

Revisó: LJRL