



Comisión Nacional de los Derechos Humanos

Comisión Nacional de los Derechos Humanos

RECOMENDACIÓN NO. 25 /2018

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES AL DERECHO A LA PROTECCIÓN A LA SALUD POR INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA EN AGRAVIO DE 4 RECIÉN NACIDOS INDÍGENAS V1, V2, V3 Y V4, Y A LA VIDA DE V1, V2 Y V3, EN EL HOSPITAL COMUNITARIO DE GUADALUPE Y CALVO, CHIHUAHUA.

Ciudad de México, a 17 de Julio de 2018

**LIC. JAVIER CORRAL JURADO
GOBERNADOR DEL ESTADO
DE CHIHUAHUA.**

Distinguido Señor Gobernador:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1°, párrafos primero, segundo y tercero, 102, Apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1°, 3, párrafo segundo, 6, fracciones I, II y III, 15, fracción VII, 24, fracciones II y IV, 42, 44, 46 y 51, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, así como 128 al 133 y 136, de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente **CNDH/4/2017/3843/Q**, relacionado con el caso de los recién nacidos indígenas V1, V2, V3 y V4.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas que intervinieron en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales sean divulgados, se omitirá su publicidad, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 4º, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y 147 de su Reglamento Interno; 68, fracción VI y 116, párrafos primero y segundo, de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información y 3, 11 fracción VI, 16 y 113 fracción párrafo último de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental. Los datos referidos se pondrán en conocimiento de la autoridad recomendada, a través de un listado adjunto en el que se describirá el significado de las claves utilizadas, quien tendrá el compromiso de dictar las medidas de protección correspondientes y vistos los siguientes:

I. HECHOS

3. El 24 de mayo de 2017, se publicó en el portal de internet del Semanario Informativo *Proceso*, la nota con el título "*Cuatro recién nacidos fallecen por sepsis neonatal en hospital de Guadalupe y Calvo*"(sic), a través de la cual se informó que el sábado 20 de mayo de ese año, en el Hospital Comunitario de Guadalupe y Calvo, Chihuahua (en adelante Hospital Comunitario), *cuatro recién nacidos murieron por sepsis neonatal (infección en la sangre)*.

4. Esta nota periodística describió que entre las víctimas se encontraban una niña indígena, dos gemelos rarámuri y un niño tepehuán. Al respecto, la Secretaría de Salud del gobierno del Estado a través de un comunicado con el título: "*Por sepsis tardía fallecen tres recién nacidos en hospital de Guadalupe y Calvo*" dio a conocer que de los 4 niños que atendían en el área de prematuros de dicho hospital, los 3 varones habían fallecido (2 niños gemelos tepehuanes y un niño rarámuri), la niña había sido trasladada y estaba en atención médica y que las autoridades aplicaron

una serie de medidas higiénicas en los cuñeros, en el área de pediatría y en el área de quirófanos.

5. La Comisión Estatal de Derechos Humanos del Estado de Chihuahua dio inicio al expediente de queja. El 6 de junio de 2017, por la especial gravedad ante el estado de vulnerabilidad que se observó en la información de las notas periodísticas contra menores de edad indígenas, esta Comisión Nacional acordó ejercer la facultad de atracción e inició la investigación.

a. Caso de V1 y V

6. En entrevista con personal de este Organismo Nacional, V5, mujer que se identifica como tepehuana de 20 años de edad, madre de V1 y V2, expresó que el 11 de mayo de 2017 ingresó al Hospital Comunitario al sentir dolores de parto, donde tuvo conocimiento de que su embarazo era gemelar; el personal médico le informó que *“por el tipo de embarazo corría riesgo ella y los gemelos”*, por lo que le sería practicada una cesárea. Agregó que una vez que ocurrió el nacimiento de V1 y V2, se le comunicó que permanecerían en incubadora aproximadamente un mes, por ser prematuros y presentar problemas pulmonares.

7. V5 manifestó que los días 18 y 19 de mayo de 2017 les indicaron tanto, a ella como a su esposo V6, hombre que se identifica como tepehuano de 20 años de edad, que V1 y V2 se encontraban estables, sin embargo, el 20 del mismo mes y año les informaron que V1 había fallecido en la madrugada y V2 alrededor de las 8:00 horas y *“que su muerte se debía a las complicaciones en sus órganos debido a su nacimiento prematuro”*.

8. Asimismo, describió que en los cuñeros del nosocomio habían otros dos bebés, uno del sexo femenino y otro masculino y que al fallecer sus hijos se enteró que al parecer *“había una bacteria en el área de cuñeros”*. Destacó encontrarse *“sorprendida”* debido a que un día antes de que V1 y V2 fallecieran le informaron

que estaban estables y fuera de peligro, pero al día siguiente les notificaron que habían muerto.

9. V6 confirmó que los días 18 y 19 de mayo de 2017 les informaron que los bebés estaban estables y fuera de peligro, pero al día siguiente les dieron noticias de su fallecimiento argumentando que *“su muerte se debía a las complicaciones de su nacimiento”*.

10. De los certificados de defunción de V1 y V2 se observa como causas de defunción *“paro orgánico múltiple, inmadurez y sepsis neonatal tardía”*, destacándose como causa básica sepsis bacteriana del recién nacido no especificada.

b. Caso de V3

11. El 14 de mayo de 2017, V7, mujer indígena rarámuri de 27 años de edad, ingresó al Hospital Comunitario con un embarazo de 34 semanas de gestación, suscitándose el mismo día en el nosocomio el nacimiento de V3, debido a complicaciones de salud permaneció internado y durante su estancia se encontró estable; sin embargo ante el deceso de V1 y V2 se determinó su traslado al Hospital General; no obstante, este no fue concretado ya que aproximadamente a las 13:35 horas del 20 de mayo de 2017, falleció.

12. En el certificado de defunción de V3 se observan como causas de muerte *“choque séptico, prematurez y sepsis neonatal tardía”*, destacándose como causa básica sepsis bacteriana del recién nacido no especificada.

c. Caso de V4

13. En entrevista con personal de este Organismo Nacional, V9, mujer de 29 años, quién no se identificó como perteneciente alguna comunidad indígena, manifestó que V4 nació por parto natural en el Hospital Comunitario y presentó bajo peso y

algunos problemas de salud, por lo que permaneció internada junto con otros 3 bebés del sexo masculino en el área de cuneros.

14. El 20 de mayo por la mañana tuvo conocimiento de la muerte de V1 y V2 y escuchó que había una bacteria en el área de cuneros, por lo que como medida de prevención trasladarían a V3 y V4 al Hospital General “*Dr. Salvador Zubirán*”, sin embargo, tuvo conocimiento de que a las 13:30 horas V3 falleció. En la madrugada del 21 de mayo, V4 fue trasladada al Hospital General donde le dieron atención médica, antibióticos y le practicaron diversos estudios, permaneció en el nosocomio hasta el 29 de mayo de 2017 en que fue dada de alta. Agregó que el Hospital Comunitario no dio seguimiento al estado de salud de V4 y ratificó la queja en contra del citado nosocomio por la posible inadecuada atención médica que puso en peligro de perder la vida a V4.

15. Con motivo del presente caso, el 30 de mayo de 2017, la Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Chihuahua (Comisión Estatal) radicó de oficio el Expediente de Queja, no obstante, al tratarse de un asunto que por su gravedad y naturaleza trasciende el interés de la entidad federativa e incide en la opinión pública nacional, este Organismo Nacional conforme al artículo 6° fracción XVI de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, así como 14 del Reglamento Interno, acordó el 6 de junio de 2017, ejercer la facultad de atracción del caso en comento, determinando el inicio del expediente de queja **CNDH/4/2017/3843/Q**.

16. A fin de documentar el caso, este Organismo Nacional solicitó información al Secretario de Salud, así como al Fiscal General, ambos del Estado de Chihuahua, requiriendo copia de los expedientes clínicos de los cuatro recién nacidos; asimismo, se realizaron las diligencias necesarias para el esclarecimiento de los hechos, cuya valoración lógico-jurídica es objeto de análisis en el capítulo de observaciones de esta Recomendación.

II. EVIDENCIAS

17. Nota periodística publicada el día 24 de mayo de 2017, en el sitio electrónico www.proceso.com.mx, titulada “*Cuatro recién nacidos fallecen por sepsis natal en hospital de Guadalupe y Calvo*”, en la que se difundió el caso de V1, V2, V3 y V4.

18. Comunicado de prensa de fecha 25 de mayo emitido por la Secretaría de Salud del Estado de Chihuahua de título: “Por Sepsis tardía fallecen tres recién nacidos en Hospital de Guadalupe y Calvo”, mediante el cual informa sobre el fallecimiento de V1, V2 y V3 y la supervivencia de V4 así como las acciones realizadas posteriormente en el Hospital mencionado.

19. Acuerdo de Radicación de queja de oficio y atracción de 6 de junio de 2017, por el que este Organismo Nacional determinó iniciar de oficio el expediente CNDH/4/2017/3843/Q para investigar los hechos que dieron origen al caso de V1, V2, V3 y V4.

20. Oficio SS/DJ/0302-2017 de 20 de julio de 2017, mediante el cual la Secretaría de Salud del Estado de Chihuahua (Secretaría de Salud) rindió el informe requerido por este Organismo Nacional al que adjuntó:

21. Expediente clínico de V1, integrado en el Hospital Comunitario.

22. Expediente clínico de V2, integrado en el Hospital Comunitario.

23. Expediente clínico de V3, integrado en el Hospital Comunitario.

24. Expediente clínico de V4, integrado en el Hospital Comunitario.

25. Expediente clínico de V4, integrado en el Hospital General.

26. Oficio UDH/CNDH/1391/2017 de 25 de julio de 2017, por el cual el Agente del Ministerio Público y Secretario Particular del Fiscal General del Estado de

Chihuahua remitió el similar ARV-145/2017 de 17 de mayo del mismo año, que suscribe la Coordinadora de la Unidad Especializada en Investigación, Acusación y Ejecución de los Delitos de esa instancia, en el que informó que después de una búsqueda en los archivos, libros de gobierno y sistemas informáticos de la citada Unidad, no se encontró dato alguno o Número Único de Caso relacionado con los hechos que dieron origen a la presente Recomendación.

27. Oficio JLAG 267/2017 de 31 de julio de 2017, por el que el Presidente de la Comisión Estatal remitió el original del Expediente de Queja integrado en ese Organismo Local, con motivo de los hechos relacionados al caso de V1, V2, V3 y V4..

28. Oficio SS/DJ/0431-2017 de 13 de octubre de 2017, a través del cual la Abogada adscrita al Departamento Jurídico de la Secretaría de Salud en el Estado de Chihuahua, remitió copia de los certificados de defunción de V1, V2 y V3.

29. Opinión Médica emitida por una doctora adscrita a este Organismo Nacional sobre el caso de V1, V2, V3 y V4, de 21 de marzo de 2018.

30. Acta Circunstanciada de 9 de abril de 2018, en la que se hizo constar la diligencia realizada en la misma fecha por personal de este Organismo Nacional, en la cual se entrevistó a V5, sobre el caso de V1 y V2.

31. Acta Circunstanciada de 9 de abril de 2018, en la que se hizo constar la diligencia realizada en esa fecha por personal de este Organismo Nacional en Desmonte de Chuy, con el propósito de localizar a V7, sin que ello fuera posible.

32. Acta Circunstanciada de 10 de abril de 2018, en la que se hizo constar la diligencia realizada en la misma fecha por personal de este Organismo Nacional en la cual se entrevistó a V9 sobre el caso de V4.

33. Oficio SS/DJ/0183-2018 de 2 de mayo de 2018, por medio del cual la Secretaría de Salud de Chihuahua rindió una ampliación de su informe en relación con la vigilancia epidemiológica, prevención y control de infecciones nosocomiales, al cual adjuntó entre otras: El Acta de verificación sanitaria 17-AL-0800-01614-HA elaborada por la Comisión Estatal para la Protección contra Riesgos Sanitarios de Chihuahua, en el Hospital Comunitario el 26 de mayo de 2017.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

34. Este Organismo Nacional tuvo conocimiento de la nota publicada el día 24 de mayo de 2017, en el sitio electrónico www.proceso.com.mx, titulada “*Cuatro recién nacidos fallecen por sepsis natal en el hospital de Guadalupe y Calvo*”, en la que se difundió el caso de V1, V2, V3 y V4; en consecuencia, el 6 de junio de 2017 acordó radicar de oficio un expediente de Queja; por su parte la Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Chihuahua el 30 de mayo de 2017 radicó de oficio el Expediente de Queja con motivo de la publicación de diversas notas periodísticas en distintos medios de comunicación locales, en las que se divulgó el caso de la muerte de tres bebés recién nacidos en el Hospital Comunitario, y otro bebé que tuvo que ser hospitalizado en la ciudad de Chihuahua, ya que presuntamente adquirieron una infección por una bacteria en el área de neonatos, expediente del que se ejerció la facultad de atracción por esta Comisión Nacional mediante acuerdo de 6 de junio de 2017.

35. La Fiscalía General del Estado de Chihuahua informó que después de realizar una búsqueda en los archivos y sistemas con los que cuenta dicha dependencia no se tiene registro de que se haya iniciado alguna Carpeta de Investigación por los hechos en mención.

36. La Secretaría de Salud de la Entidad no informó sí se llevaron cabo investigaciones o procedimientos administrativos para determinar responsabilidades sobre estos mismos hechos, ya que en su ampliación de informe

del 2 de mayo de 2018 señaló que: *“A la fecha no existe evidencia de que la defunción de los recién nacidos se deba a una infección nosocomial ya que como anteriormente se señaló [...] la condición de recién nacidos desde un primer momento era delicada dado que fueron prematuros[...]”*.

IV. OBSERVACIONES

37. Del análisis lógico jurídico realizado al conjunto de evidencias que integran el expediente de queja CNDH/4/2017/3843/Q, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se cuenta en el caso con elementos que permiten evidenciar violaciones al derecho a la protección de la salud, con motivo de una inadecuada atención médica en agravio de V1, V2, V3 y V4, y a la vida de V1, V2 y V3; ello de acuerdo a las siguientes consideraciones.

38. En atención a lo anterior, es posible observar que las condiciones en razón de rezago, pobreza y falta de acceso a servicios de salud de V1, V2, V3 y V4, así como la calidad de indígenas de V1, V2, y V3, les colocaban en un contexto de mayor riesgo y marginación en relación con las circunstancias en las que se suscitaron sus nacimientos y seguimiento médico, situación que agudiza la vulnerabilidad de estos menores de edad, respecto de las violaciones a derechos humanos cometidas en su agravio.

A. Consideraciones contextuales respecto de los habitantes del municipio de Guadalupe y Calvo, Chihuahua.

39. Este Organismo Nacional considera importante visibilizar de manera particular el contexto de acceso a la salud y supervivencia de los recién nacidos indígenas en el estado de Chihuahua, específicamente en las regiones de mayor rezago, como lo es Guadalupe y Calvo, de manera que sea posible contar con un panorama general de las circunstancias prevalentes en el lugar donde se suscitaron los hechos, a partir del conocimiento de las condiciones en las que se desenvuelve la primera infancia de la niñez indígenas (0-5 años) en el estado de Chihuahua, en lo relativo a aspectos específicos como atención del parto y cuidados iniciales, morbilidad y mortalidad infantil, así como derechohabencia de servicios de salud.

40. Con el propósito de delimitar la naturaleza pluriofensiva de las violaciones a derechos humanos analizadas en el presente caso, es pertinente delimitar la situación contextual de las víctimas, originarias del municipio de Guadalupe y Calvo, a fin de visibilizar su condición de vulnerabilidad en razón de las condiciones prevalentes en su comunidad.

41. El municipio de Guadalupe y Calvo se localiza en el sur del Estado de Chihuahua. La cabecera municipal se encuentra a 494 kilómetros aproximadamente de la capital del Estado tiene una superficie de 9,629.05 kilómetros cuadrados.¹

42. El Municipio cuenta con una población aproximada de 57 067 personas, de la cual, 53.4% se consideran a sí mismas indígena; 21.3% de la población en general carece de escolaridad y 64.7% de ella cursó escolaridad básica.² En 2014 se dieron

¹ Instituto Nacional para el Federalismo y el Desarrollo Municipal.

<http://siglo.inafed.gob.mx/enciclopedia/EMM08chihuahua/municipios/08029a.html>

² Anuario estadístico y geográfico de Chihuahua. INEGI. 2015.

1937 nacimientos y es uno de los municipios con mayor presencia de comunidades indígenas en el Estado.

43. El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) informa que este municipio ocupa el cuarto lugar en Chihuahua en el índice de población en situación de pobreza, con un 82.5% de la población con al menos una carencia social (rezago educativo, acceso a servicios de salud, acceso a seguridad social, calidad y espacios de la vivienda, servicios básicos y acceso a la alimentación), y su ingreso no resulta suficiente para satisfacer sus necesidades alimentarias y no alimentarias.³

44. El 22.1% de la población de este municipio se encuentra en pobreza extrema y el 9.2 % presenta carencias por acceso a los servicios de salud, y el 84.2% de la población no cuenta con seguridad social.⁴

45. La situación del municipio de Guadalupe y Calvo posee un Índice de Desarrollo Humano de 0.514, en tanto que la Delegación Benito Juárez de la Ciudad de México, que ostenta el nivel más alto de todo el país, se encuentra en 0.917 puntos⁵. Estos datos muestran la gran brecha de desigualdad en el acceso a educación, servicios de salud y el índice de ingreso que existe en el país y demuestra las condiciones de precariedad en Guadalupe y Calvo, Chihuahua.

46. En cuanto a la situación contextual de los menores de edad en esta localidad, además de la situación de desigualdad entre población indígena rural y no indígena

http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/anuarios_2015/702825076191.pdf

³ Medición de pobreza a nivel municipal. CONEVAL. 2015.

https://www.coneval.org.mx/coordinacion/entidades/Chihuahua/Paginas/pobreza_municipal2015.aspx.

⁴ Idem

⁵ Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. Índice de Desarrollo Humano Municipal en México: Nueva Metodología. 2014.

<http://www.mx.undparr.org/content/mexico/es/home/library/poverty/idh-municipal-en-mexico--nueva-metodologia.html>

urbana, los municipios tarahumaras sobresalen desde hace varios años en tasas de mortalidad infantil por pre-madurez, insuficiencia respiratoria, sepsis del recién nacido y malformaciones congénitas. Según información del Consejo Nacional de Población: *“los fallecimientos del periodo neonatal están relacionados con la existencia y la calidad de la atención médica durante el embarazo, parto y puerperio, así como con el nivel de equipamiento de las áreas de gineco- obstetricia”*.⁶

47. De acuerdo con la Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (UNICEF), en Chihuahua, en el periodo 2000-2012, la Tasa de mortalidad en menores de 5 años pasó de 25.9 a 17.4 (en el país, de 25.0 a 16.1).⁷ En el año 2010, en Chihuahua la niñez entre 0 a 5 años sin derecho a servicios de salud, era de 37.5% en las zonas rurales y en las urbanas 20.3%⁸.

48. En ese sentido, el aseguramiento de la supervivencia de la niñez guarda una interdependencia directa con el acceso a servicios de salud integrales, equipo médico, infraestructura suficiente, personal de salud especializado y capacitado que establezcan la posibilidad de respuesta pronta ante una emergencia neonatal.

49. Sobre la tasa de mortalidad infantil, en menores de 1 año en Chihuahua en 2015, fue de 13.6 por cada 100 mil nacimientos vivos⁹.

50. En relación a la mortalidad general en razón del lugar de residencia de las personas, la Secretaría de Salud de Chihuahua, destaca que Guadalupe y Calvo forma parte del grupo de municipios pertenecientes a la Sierra Alta Tarahumara, los cuales han tenido menor crecimiento en las últimas 2 décadas. Su perfil

⁶ Diagnóstico Plan Estatal de Desarrollo de Chihuahua 2004-2010. Apartado de Niños. Pag 27.
<http://ihacienda.chihuahua.gob.mx/financ/indfisc/Plan%20Estatal%20de%20Desarrollo%202004-2010/ni%C3%B1os.pdf>

⁷ UNICEF. Los Derechos de la Infancia y la adolescencia en Chihuahua, 2015, pág. 33.

⁸ Idem

⁹ Secretaría de Salud del Gobierno Federal. Dirección General de Información en Salud (DGIS)
<http://www.objetivosdesarrollodelmilenio.org.mx/Default.aspx?Param=SHIODM004000100020,24,E>

epidemiológico en menores de 1 año establece que *“este ocupa la mayor proporción de defunciones en un 82 por ciento del total de menores de cinco años y las principales causas son ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal y malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas. Sin embargo de las causas prevenibles dentro de las Metas Más Allá del Milenio están las enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas y por otra parte la desnutrición y los accidentes, causas que ocupan lugares importantes de defunción en este grupo de edad.”*¹⁰

51. En cuanto al acceso a infraestructura, el Plan Sectorial de Salud 2011-2016 establecía las jurisdicciones sanitarias del Estado que se encuentran en la región serrana (entre las que se ubica Guadalupe y Calvo), carecen de un Hospital de segundo nivel cercano, por lo que el porcentaje de la población objetivo fuera del área de servicios es mayor al 60% de la población total; sin embargo, del análisis al Programa Estatal de Salud 2017-2021 de esa entidad federativa, no se observa una continuidad en el seguimiento de estas carencias que permita establecer una cifra estimada en cuanto al crecimiento en infraestructura hospitalaria en la sierra Tarahumara.

52. En atención a todos estos aspectos, es posible considerar la existencia de un panorama de deficiencias estructurales en la prestación de servicios de salud en el Estado de Chihuahua, que enmarcaron las circunstancias de la atención médica de los recién nacidos indígenas V1, V2, V3 y V4, que se analizarán en el presente pronunciamiento.

A.1. Población indígena Tepehuana y Tarahumara (Rarámuri)

¹⁰ Programa Estatal de Salud 2017-2021. Gobierno del Estado de Chihuahua
[http://www.ssch.gob.mx/rendicionCuentas/archivos/Programa%20Estatal%20de%20Salud%202017-2021%20Final%20\(05-07-17\).pdf](http://www.ssch.gob.mx/rendicionCuentas/archivos/Programa%20Estatal%20de%20Salud%202017-2021%20Final%20(05-07-17).pdf)

53. En el presente caso las víctimas eran Tarahumaras y Tepehuanos, no pasa desapercibido para esta Comisión que la condición de ser niños indígenas del Estado de Chihuahua es un factor relevante que debe considerarse para su análisis.¹¹

54. La Sierra Tarahumara de Chihuahua es una región en la que diversas culturas convergen, es un territorio compartido por las sociedades Rarámuri, Wari Jío (Guarijíos), Ódami (Tepehuanes), Ö Aba (Pimas) y Chabochi. “En el siglo XVIII la sierra se transformó en una región de refugio indígena frente a la colonización europea; muchos pueblos comenzaron a habitar espacios que irían conformando sus actuales territorios.”¹²

55. En términos de la identidad social, Tepehunes-Ódami y los Rarámuri-Tarahumaras, muestran amplias semejanzas culturales en aspectos como su economía, su organización social y política tradicional, su sentido de la territorialidad y su cosmovisión. A pesar de las similitudes entre ambas sociedades, existen significativas diferencias y una importante diversidad en el interior de cada uno de estos pueblos.

Sociedad Tepehuana

56. En la actualidad, la especificidad cultural Tepehuana, también conocida como Ódami, radica en aspectos como su identidad social, vinculada profundamente a su patrimonio cultural. En primer lugar, se encuentra su territorio, el cual, tanto en el nivel concreto de la geografía y el entorno ecológico, como en el sentido de su apropiación simbólica, constituye el principal escenario que enmarca y da sentido a la vida y la cultura.

¹¹ Saucedo Sánchez de Tagle, Eduardo, “*Tepehuanes de Norte, Pueblos Indígenas del México Contemporáneo*”, Comisión para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, 2002

¹² Ibid Pág. 11.

57. La relación de este pueblo con la naturaleza es en principio trascendente, pues en ella se sustentan las prácticas de producción económica y reproducción social, la fuente y el sentido de la vida. Aún poseen tradiciones arraigadas como la vestimenta y la forma de vivienda en que las casas de madera aserrada, con fogón de lámina en el interior son comunes aún.

58. En cuestiones de salud poseen una tradición ancestral en uso de medicinas naturales y consideran que la enfermedad de una persona debe sanarse atendiendo a toda la familia.

Sociedad Tarahumara¹³

59. La mayor población Tarahumara vive en la Sierra que lleva el mismo nombre dentro del Estado de Chihuahua. Es zona geográfica con condiciones adversas como la escasez del agua y un clima extremo en donde se pueden encontrar profundas y calurosas barrancas y a su vez elevadas y frías cumbres.

60. El 52 por ciento de los hablantes del tarahumara viven en ranchos de menos de 100 personas. De todos los grupos indígenas del país, los Rarámuri son los que viven de manera más dispersa. Un conjunto de ranchos, entre dos y cinco, forman una comunidad.

61. En cuestión a la vivienda, una casa consta de un cuarto de 3 x 5 metros, aproximadamente, y de un patio dos o tres veces más grande que el cuarto. La habitación puede ser de piedra y techo de palma, las más recientes son de adobe y techo de lámina.

62. Aunque Tepehuanes y Tarahumaras son sociedades distintas con sistemas diferentes, ambos enfrentan la escasez, la pobreza, el olvido y la desigualdad.

¹³ Ana Paula Pintado Cortina, "Tarahumaras, Pueblos Indígenas del México Contemporáneo", Comisión para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, 2002.

B. Derecho a la protección de la salud.

63. El derecho a la protección de la salud se encuentra regulado en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en el artículo 4° que reconoce el derecho que tiene toda persona a la protección de la salud y de manera especial el noveno párrafo del citado precepto establece que: *“Los niños y las niñas tienen derecho a la satisfacción de sus necesidades de alimentación, salud, educación y sano esparcimiento para su desarrollo integral”*; asimismo, protege de manera especial este derecho cuando se trata de grupos específicos de atención prioritaria, a saber, el artículo 2°, apartado B, fracción III, al referirse a los pueblos indígenas contempla que es indispensable: *“Asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud mediante la ampliación de la cobertura del sistema nacional, aprovechando debidamente la medicina tradicional, así como apoyar la nutrición de los indígenas mediante programas de alimentación, en especial para la población infantil”*.

64. Por su parte, el artículo 155 de la Constitución Política del Estado de Chihuahua establece que: *“Todos los habitantes del Estado tienen derecho a la protección de la salud.”*, esta deberá proporcionarse a las comunidades indígenas sin discriminación, los servicios médicos deberán planearse y desarrollarse en coordinación y conforme a su sistema médico tradicional.

65. De igual manera, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en el artículo 12, consagra que *“Los Estados Partes [...] reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”*, haciendo énfasis que *“Entre las medidas que deberán adoptar los Estados [...] a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para: a) La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños y d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.”*

66. En este sentido, el artículo 10 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales "*Protocolo de San Salvador*" reconoce el derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, destacando dos cuestiones fundamentales como obligaciones del Estado: a) "*La atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad*", y f) "*La satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables*".

67. Por su parte, el artículo 24 de la Convención sobre Derechos del Niño reconoce "[...] *el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios*".

68. La protección de la salud, es un derecho que el Estado tiene la obligación progresiva de garantizar, en dos vertientes, de acuerdo con el artículo 2° del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales a saber, las que son *inmediatas*, que se refieren a que "[...] *los derechos se ejerciten sin discriminación y a que el Estado adopte dentro de un plazo breve medidas deliberadas, concretas y orientadas a satisfacer las obligaciones convencionales*[...]"¹⁴, mientras que las de *resultado o mediatas*, se relacionan con "[...] *el principio de progresividad, el cual debe analizarse a la luz de un dispositivo de flexibilidad que refleje las realidades*

¹⁴ SCJN. Tesis: 2a. CVIII/2014, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Décima Época, t I, Noviembre de 2014, Salud. Derecho al nivel más alto posible. éste puede comprender obligaciones inmediatas, como de cumplimiento progresivo. Registro: 2007938.

del mundo y las dificultades que implica para cada país asegurar la plena efectividad de los derechos económicos, sociales y culturales¹⁵”.

69. El acceso al goce del más alto nivel posible de salud, *“implica el disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud, que es la exigencia de que los servicios en la materia sean apropiados médica y científicamente, esto es, que exista personal capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados, en buen estado, así como las condiciones sanitarias adecuadas”¹⁶.*

1. Inadecuada atención médica de V1.

70. El nacimiento de V1 se suscitó el 11 de mayo de 2017, a las 15:55 horas; previo a su nacimiento, le fueron aplicados maduradores pulmonares; presentó un peso de 1,625 gramos y talla de 41 centímetros. Asimismo, reportó Apgar¹⁷ (Prueba de evaluación del estado de un recién nacido) de 7-8 y edad gestacional de 32.4 semanas de gestación.

71. En la misma fecha, a las 20:17 horas, V1 padeció síntomas de dificultad respiratoria leve (Síndrome de dificultad respiratoria tipo 1). En la opinión del médico de este Organismo Nacional, y de acuerdo con la *“Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Síndrome de Dificultad Respiratoria en el Recién Nacido”*, de la Secretaría de Salud del Gobierno Federal, V1 cursaba con un riesgo elevado de presentar complicaciones derivadas de este síndrome, tales como

¹⁵ *Ibidem*

¹⁶ SCJN. Amparo en revisión 378/2014, ppárr. 11 y 12

¹⁷ La evaluación Apgar proporciona información acerca de la salud física del bebé y ayuda al médico a determinar si se requiere tratamiento médico inmediato o futuro. La Primera Prueba del Niño: Apgar. American Pregnancy Association.

sepsis (Es la respuesta inmunitaria fulminante a una infección)¹⁸ y enterocolitis necrosante (Proceso inflamatorio intestinal agudo producido en neonatos de bajo peso al nacer)¹⁹

72. El 12 de mayo de 2017, MR y AR2 valoraron a V1 y le detectaron aumento en la frecuencia respiratoria (Taquipnea) y refirieron que en ese momento V1 tenía colocada PPC (Presión Positiva Continua es una forma de ventilación no invasiva, usada como método de soporte respiratorio en recién nacidos)²⁰, determinando el retiro de dicho dispositivo y le colocaron oxígeno; sin embargo, V1 continuó presentando síntomas de dificultad respiratoria, a pesar de ello, inadecuadamente, no indicaron nuevamente la colocación de PPC, únicamente reportándolo delicado, con pronóstico reservado y riesgo de infección nosocomial, sepsis, anafilaxia (Reacción alérgica grave en todo el cuerpo a un químico) y muerte.

73. Lo anterior resulta relevante, toda vez que como se destacó, la pérdida de la vida de V1 fue secundaria a complicaciones de sepsis neonatal, por lo que la indicación de AR1 y AR2 del retiro de PPC favoreció la evolución del proceso patológico respiratorio, contribuyendo al fallecimiento de V1.

¹⁸ “La sepsis o septicemia es una afección médica grave, causada por una respuesta inmunitaria fulminante a una infección. El cuerpo libera sustancias químicas inmunitarias en la sangre para combatir la infección. Estas sustancias químicas desencadenan una inflamación generalizada, la cual produce coágulos de sangre y fugas en los vasos sanguíneos. Como resultado, se altera la circulación sanguínea lo que, a su vez, priva a los órganos de nutrientes y oxígeno, y causa daños en los órganos.” Hoja informativa sobre la sepsis, National Institute of General Medical Sciences, 2017.

¹⁹ “La enterocolitis necrotizante es una enfermedad intestinal grave en los bebés recién nacidos. Se produce cuando el tejido del colon (el intestino grueso) se inflama. Esa inflamación daña y, en ocasiones, mata el tejido del colon”. Stanford Children's Health, Lucile Packard Children's Hospital.

²⁰ “Es la presión supra-atmosférica continua aplicada a la vía aérea, mediante mascarilla, puntas nasales o cánula nasofaríngea, durante la respiración espontánea. Fuente: Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de Síndrome de Dificultad Respiratoria en el Recién Nacido”. México: Secretaría de Salud; 2009.

74. En la misma fecha, durante las tomas de temperatura realizadas por SP1 y SP2 se registró que a las 10:00, 18:00 y 20:00 horas, V1 cursó con las siguientes temperaturas: 39, 38.4 y 38.2 y describieron lo siguiente durante el turno matutino: “...*PRESENTA FIEBRE DE 39.0 GRADOS SE AVISA A MEDICO PEDIATRA...*” (sic).

75. Es decir, V1 presentó elevación de la temperatura corporal en diferentes horarios. Al respecto, la “*Guía de Práctica Clínica Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de Sepsis y Choque Séptico del Recién Nacido en el Segundo y Tercer Nivel de Atención*”, de la Secretaría de Salud del Gobierno Federal, describe que la sepsis se incluye dentro del síndrome de respuesta inflamatoria sistémica y entre los hallazgos iniciales de este padecimiento se encuentra la mala regulación de la temperatura, por lo que desde el día 12 de mayo de 2017, V1 cursaba con signo inicial sugestivo de sepsis neonatal, causa directa del deceso de V1.

76. El 14 de mayo de 2017, el padecimiento de V1 evolucionó a Síndrome de Dificultad Respiratoria tipo 2; en esa fecha se determinó disminuir las soluciones de base a V1, sin establecer justificación alguna para esta determinación, a pesar de que V1 continuaba con aumento en la frecuencia cardíaca y su padecimiento había evolucionado a nivel 2. De acuerdo con lo descrito por el médico de este Organismo Nacional, la disminución de líquidos puede derivar en acidosis.

77. El 15 de mayo de 2017, V1 continuaba con taquipnea (incremento de la frecuencia respiratoria), y signos sugestivos de choque séptico (acidosis metabólica y lactato elevado) además de factores de riesgo (Prematuro de 32 semanas de edad de gestación, talla de 41 cms, bajo peso al nacer 1625 gramos, sexo masculino y cateterización vascular [en el cordón umbilical]), por lo que tenía riesgo elevado de cursar en ese momento con un cuadro de sepsis neonatal o choque séptico.

78. Al respecto, la *“Guía de Práctica Clínica Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de Sepsis y Choque Séptico del Recién Nacido en el Segundo y Tercer Nivel de Atención”*, describe que son frecuentes tanto el choque séptico como la infección, y que la instauración de un tratamiento específico puede salvar la vida del paciente. En ese sentido este Organismo Nacional observó que MR, AR2 y AR3, no descartaron que V1 estuviera cursando con algún proceso infeccioso, lo cual, evidencia la inadecuada valoración e integración diagnóstica del paciente.

79. MR y AR2 en la misma fecha, establecieron en su valoración médica que V1 cursaba con polipnea (aumento de la frecuencia y de la profundidad respiratorias) y ligero tiraje intercostal (los músculos entre las costillas tiran hacia adentro), síntomas que son indicativos de síndrome de dificultad respiratoria, ante lo cual la *“Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento del Síndrome de Dificultad Respiratoria en el Recién Nacido”* recomienda usar PPC (presión positiva continua) nasal en los recién nacidos con peso mayor a 1500 gramos que inicien con manifestaciones de dificultad respiratoria y que tengan factores de riesgo para desarrollar síndrome de dificultad respiratoria (como en el caso de V1).

80. No obstante, a pesar de que MR y AR2 determinaron que V1 se encontraba taquipneico (70 respiraciones por minuto), así como la presencia de leve tiraje intercostal, decidieron retirar el PPC (presión positiva continua de las vías respiratorias). Al respecto, en la Opinión Médica de este Organismo Nacional la decisión de retirar el dispositivo PPC, y pasar a sistemas convencionales de oxigenación es trascendente y el retiro debe ser progresivo.

81. Con base en todo lo anterior, es posible evidenciar que durante el período correspondiente del 11 al 15 de mayo de 2017, V1 cursó con signos de dificultad respiratoria. Al respecto, la *“Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de Síndrome de Dificultad Respiratoria en el Recién Nacido”* describe que el SDR

(Síndrome de Dificultad Respiratoria) se manifiesta con dificultad respiratoria progresiva, que puede llevar a la muerte si no se recibe tratamiento adecuado.

82. Por tanto, la indicación de MR y AR2 de retirar nuevamente la PPC, el día 15 de mayo de 2017, favoreció la evolución del proceso patológico respiratorio, así como de sus complicaciones inherentes, incluyendo la enterocolitis necrotizante y la sepsis neonatal, siendo esta última la causa de la pérdida de la vida de V1.

83. Del 16 al 18 de mayo de 2017, V1 continuó en control médico, reportándose aparentemente estable, sin embargo, en las notas elaboradas, de manera reiterada MR y AR2 establecieron: “...por el momento sin control gasométrico...”, agregando lo siguiente: “...no se cuenta con gasómetro, pendiente controles...”. Lo anterior cobra trascendencia considerando que la “*Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de Síndrome de Dificultad Respiratoria en el Recién Nacido*”, describe que los gases arteriales se solicitan para documentar el grado de hipoxemia (nivel de oxígeno en sangre inferior al normal en las arterias)²¹ e hipercapnia (exceso de dióxido de carbono en los líquidos corporales y sangre arterial)²² que se presentan en los recién nacidos con síndrome de dificultad respiratoria.

84. La Opinión Médica de esta Comisión menciona que en el caso particular de V1, este requería valoración de los gases arteriales y hasta ese momento, el último control gasométrico se había realizado el 15 de mayo de 2017, el cual reportaba datos de acidosis metabólica, es decir que, al 18 de mayo de 2017, llevaba tres días sin valoración del desequilibrio ácido-base. Con lo anterior, se evidencia que V1 requería seguimiento de los niveles de gases sanguíneos, con la finalidad de comprobar o descartar algún grado de hipoxemia o hipercapnia y en su caso, otorgar el tratamiento oportuno y adecuado.

²¹ Mayo Clinic. <https://www.mayoclinic.org/es-es/symptoms/hypoxemia/basics/definition/sym-20050930>

²² Tratado de Fisiología Guyton y Hall, Fisiología Médica, decimotercera edición. Elsevier

85. Sobre ello, AR4 debió gestionar la disfuncionalidad y/o carencia del Gasómetro, y al no contar con dicho equipo de laboratorio, se expuso a los pacientes que acudieron a recibir atención médica a dicho nosocomio, así como los que se encontraban en estancia hospitalaria, incluyendo a V1, los cuales requerían valoración y seguimiento de sus padecimientos. Con base en todo lo anterior, es posible determinar que, a pesar de que V1 cursaba con el diagnóstico de síndrome de dificultad respiratoria y era pretérmino, no se realizó una adecuada valoración y vigilancia de su proceso patológico respiratorio por la carencia de gasómetro, lo que contribuyó con su deceso.

86. Como se ha destacado, V1 presentaba riesgo de padecer enterocolitis necrosante, misma que puede derivar en perforación del intestino y peritonitis (una inflamación/irritación del tejido delgado que recubre la pared interna del abdomen y cubre la mayoría de los órganos abdominales)²³ y es una de las causas más comunes de morbilidad y mortalidad de las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales. La citada “*Guía de Práctica Clínica*”, recomienda la utilización de probióticos como medida de atención en enterocolitis en menores de 34 semanas de edad gestacional o menores de 1500 gramos, individualizando el caso. En la opinión del médico de este Organismo Nacional constituye una estrategia preventiva de la enterocolitis necrotizante en prematuros (como en el caso particular).

87. Con relación a lo anterior, del análisis del expediente clínico de V1 se constató que, si bien es cierto, se indicó “*biogaia*” (probióticos), también MR enfatizó lo siguiente: “...*Pendiente iniciar biogaia al no contar con el medicamento...*”. Con base en lo anterior, es posible evidenciar que, ante el riesgo de presentar enterocolitis necrosante, se determinó iniciar con probióticos (Biogaia), no obstante, en ese momento, no se contaba con el medicamento en el Hospital Comunitario.

²³ Clínica DAM, Especialidades Médicas. <https://www.clinicadam.com/salud/5/001335.html>

88. Por lo tanto, AR4 debió gestionar la carencia del mencionado fármaco, toda vez que V1 era pretérmino, lo cual incrementaba el riesgo de presentar enterocolitis necrosante. Lo anterior, resulta importante, toda vez que V1 cursó con datos sugestivos de enterocolitis necrosante, que aumentaron mortalidad, como se analizará posteriormente.

89. El 19 de mayo de 2017, V1 presentaba signos sugestivos de sepsis neonatal, (apariencia roja y blanca en la piel y pulso débil). Además, MR describió que la biometría hemática de control de V1, reportó leucocitos elevados, es decir que, además de los signos clínicos que presentaba, cursaba con elevación del recuento leucocitario (leucocitosis) y si bien es cierto, indicó esquema antimicrobiano para sepsis tardía (“ampicilina” y “cefotaxima”), sin embargo, no solicitó la toma de hemocultivo (muestra de sangre), mismo que es necesario en el diagnóstico de sepsis, con la finalidad de determinar el agente causal, y por consiguiente poder otorgar el tratamiento adecuado. Lo anterior, evidencia la inadecuada valoración y confirmación del agente causal del cuadro séptico, lo que contribuyó con la pérdida de la vida de V1.

90. A su vez, debía realizarse monitoreo de signos vitales de V1, como parte del tratamiento no farmacológico de la sepsis neonatal, pero MR describió en la nota de la misma fecha: “...no se cuenta con mango p/edad TA...”. En ese aspecto, AR4 debió gestionar la carencia del instrumental para la toma de la presión arterial, en el caso particular, de los neonatos, por lo que, al no contar con dicho equipo, se puso en riesgo a los pacientes que se encontraban en estancia hospitalaria, incluyendo a V1. Con base en todo lo anterior, es posible determinar que, a pesar de que V1 cursaba con sepsis neonatal tardía, la cual debía ser vigilada constantemente, por las complicaciones inherentes (choque séptico, falla multiorgánica y muerte) al

propio proceso patológico, no se realizó una adecuada vigilancia, lo que contribuyó al deterioro de su estado de salud y derivó en su fallecimiento.

91. No pasa desapercibido para esta Comisión Nacional, que la estancia hospitalaria de V1 fue en las áreas de cuneros, cunero patológico y pediatría, sin embargo, como ya se mencionó, cursaba con cuadro patológico de sepsis tardía. Al respecto, la *“Guía de Práctica Clínica (Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de Sepsis y Choque Séptico del Recién Nacido en el Segundo y Tercer Nivel de Atención)”*, establece que ante la sospecha de sepsis debe transferirse al paciente del servicio donde se encuentre interno o externo a la UCIN, por la condición de riesgo de morbilidad y mortalidad alta y la naturaleza de su diagnóstico y manejo.

92. Sin embargo, el Hospital Comunitario no contaba con la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. No obstante, a pesar de la situación crítica de V1 no se realizó la referencia a otro Centro Hospitalario de segundo o tercer nivel de atención que sí contara con dicha unidad; lo anterior, con la finalidad de que fuera debidamente valorado y monitorizado, con el propósito de evitar las complicaciones derivadas del propio cuadro séptico, tales como: choque séptico, falla multiorgánica y muerte. Esta información es trascendente, toda vez que, dichas complicaciones fueron las que condicionaron el fallecimiento de V1, es decir que, el no realizar el traslado a la UCIN, favoreció la evolución de la sepsis neonatal.

93. El 19 de mayo de 2017, a las 23:55 horas, AR1 describió que V1 cursaba con dificultad respiratoria, así como, signos sugestivos de enterocolitis necrosante; no obstante, de manera inadecuada, indicó la administración de *“Ranitidina”*, el cual se asocia con el aumento en el riesgo de infecciones, enterocolitis y muerte en menores de bajo peso al nacer. Lo anterior, favoreció la evolución y las complicaciones inherentes del cuadro séptico, contribuyendo a la pérdida de su vida.

94. A las 3:00 horas del 20 de mayo de 2017, V1, presentó un choque séptico y posteriormente cayó en paro cardiaco, por lo que a las 8:00 horas se determinó su defunción.

95. Además, del expediente clínico de V1, es posible evidenciar que se incumplió el apartado 5.2.1.10 de la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, "*Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida*", toda vez que no se otorgó una adecuada vigilancia de los signos vitales, en el caso particular, de la tensión arterial, por falta del instrumental necesario para hacerlo, por otro lado, se incumplió la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, "Del expediente clínico", en su numeral 5.10, ya que no se registró fecha, el nombre del médico tratante, y la firma.

96. De los argumentos descritos es posible constatar que la atención médica brindada a V1 no cumplió con los requerimientos necesarios para un cuidado integral de sus padecimientos, por lo que este Organismo Nacional concluye que con ello se vulneró su derecho a la protección de la salud.

2. Inadecuada atención médica de V2.

97. El nacimiento de V2 se suscitó en el Hospital Comunitario el 11 de mayo de 2017 a las 16:00 horas, por vía cesárea y previa aplicación de maduradores pulmonares, con peso de 1,552 gramos y talla de 40 centímetros, con dificultad respiratoria leve, por lo que fue ingresado a incubadora.

98. El 12 de mayo de 2017, a las 13:00 horas MR describió que V2 presentó vómitos y distensión abdominal y reportó *gasometría venosa con hiperlactatemia* (elevación de los niveles de lactato); asimismo, diagnosticó que V2 padecía enterocolitis

necrotizante, por lo que indicó ayuno por tres días y, además, estableció que la prueba de sangre oculta en heces se encontraba pendiente; sin embargo, de manera inadecuada, no indicó terapia antibiótica ni solicitó cultivos, tal como lo establece la *“Guía de Práctica Clínica Prevención, diagnóstico y tratamiento de la enterocolitis necrosante del recién nacido en el segundo y tercer nivel de atención”* de la Secretaría de Salud del Gobierno Federal.

99. Lo anterior adquiere relevancia, ya que la enterocolitis necrotizante es una de las enfermedades neonatales más comunes, devastadoras y difíciles de erradicar, siendo una de las causas más frecuentes de morbilidad y mortalidad en los recién nacidos. La decisión de no otorgar manejo antibiótico, ni solicitar cultivos, cuando V2 padecía un signo gasométrico de choque séptico, además de complicar el propio cuadro de enterocolitis necrotizante, pudo contribuir con la evolución del cuadro séptico, el cual, posteriormente, fue la causa directa de la pérdida de la vida de V2.

100. Además, es de destacarse que el 12 de mayo de 2017 a las 20:00 horas, SP1, SP2, SP3, SP4 y SP5, reportaron que V2 presentó temperatura de 38.6 grados centígrados (Normal 36.5 a 37.5 grados centígrados), es decir, cursaba con fiebre. Durante el turno nocturno, permaneció en incubadora, cuantificando temperatura de 38 grados centígrados, lo que resulta importante toda vez que entre los datos sugestivos de sepsis se encuentra la mala regulación de la temperatura.

101. El 14 de mayo de 2017, AR3 indicó canalizar a V2 en la vena periférica, para completar 12 horas de ayuno e intentar la vía oral, así como retirarle el catéter umbilical y enviar la punta del catéter a cultivo. Al respecto, si bien es cierto AR3 indicó el cultivo de la punta del catéter, y además, se había solicitado el coprocultivo (estudio microbiológico de heces)²⁴ para búsqueda de sangre oculta en heces; es

²⁴ Ruíz DP, Perea L. Indicaciones y valoración clínica del urocultivo y coprocultivo. *Medicine*. 2010;10(49):3317-20

importante puntualizar que V2 cursaba con signos (fiebre y elevación de la cuantificación de lactato), sugestivos de sepsis neonatal; no obstante, inadecuadamente, AR3 no prescribió tratamiento empírico antibiótico, lo que contribuyó la evolución del cuadro séptico, el cual culminó con la pérdida de la vida de V2.

102. En la misma fecha, se reportó durante el turno matutino que V2 presentaba aumento en la frecuencia respiratoria y residuos gástricos en la sonda orogástrica (sonda de polivinilo u otro material de determinado calibre que se coloca a través de la boca o nariz hasta el estómago)²⁵ que se le colocó, lo que en la opinión del médico de este Organismo Nacional, corroboró la evolución del proceso patológico de enterocolitis necrosante. Además, presentaba reducción en la presión del aire dentro del tórax, y elevación constante en el apéndice, lo que era indicio de dificultad respiratoria.

103. El 15 de mayo de 2017, V2 presentaba elevación de la frecuencia cardíaca, acidosis metabólica y elevación de lactato, de lo que el médico de esta institución estableció que tenía un riesgo elevado de cursar en ese momento, con un cuadro de sepsis neonatal o choque séptico. Al respecto, la *“Guía de Práctica Clínica Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de Sepsis y Choque Séptico del Recién Nacido en el Segundo y Tercer Nivel de Atención”* describe que, son frecuentes tanto el choque séptico como la infección, y que, la instauración de un tratamiento específico puede salvar la vida del paciente.

104. Sin embargo, MR y AR2, omitieron descartar que V2 estuviera cursando con algún proceso infeccioso, es decir, no solicitaron realizar cultivos, lo cual evidencia

²⁵ Egan MF. Colocación de sonda orogástrica o nasogástrica. *Enfermería Neonatal. Nutrition.* Jan-Feb. 2002, ppárr. 25-26.

la inadecuada valoración e integración diagnóstica del paciente. Asimismo, MR, AR2 y AR3, no indicaron tratamiento antibiótico empírico, siendo que V2 cursaba con enterocolitis necrotizante y signos sugestivos de sepsis neonatal, lo que es relevante al caso toda vez que el choque séptico fue la causa directa del fallecimiento de V2.

105. En la misma fecha MR y AR2 reportaron que V2 tenía hiperbilirrubinemia (Nivel elevado de bilirrubinas)²⁶ y nuevamente residuos gástricos en la sonda orogástrica, lo que era indicativo de la evolución de la enterocolitis necrosante. No obstante, MR y AR2 no indicaron terapia antibiótica ni solicitaron cultivos, como lo establece la *“Guía de Práctica Clínica Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Enterocolitis Necrosante del Recién Nacido en el Segundo y Tercer Nivel de Atención”*. Lo que contribuyó a la evolución de la enterocolitis necrosante y la sepsis neonatal.

106. El 16 de mayo de 2017, SP4, SP6, SP7, y SP8, registraron que durante el turno matutino V2 presentaba períodos de apnea (ausencia de flujo respiratorio por episodios), enfatizando que se encontraba en mal estado general, con tiros intercostales y retracción xifoidea²⁷, es decir, signos sugestivos de sepsis neonatal inicial. Al respecto, la *“Guía de Práctica Clínica (Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de Sepsis y Choque Séptico del Recién Nacido en el Segundo y Tercer Nivel de Atención”*, recomienda que, ante la sospecha de sepsis en el neonato, se

²⁶ *“La hiperbilirrubinemia es una enfermedad por la cual hay demasiada bilirrubina en la sangre. Cuando los glóbulos rojos se descomponen, se forma una sustancia llamada bilirrubina. Los bebés no pueden deshacerse fácilmente de la bilirrubina y puede acumularse en la sangre y otros tejidos y fluidos del cuerpo del bebé. Esto se denomina hiperbilirrubinemia. Dado que la bilirrubina tiene un pigmento o color, hace que la piel, los ojos y otros tejidos del bebé se vean de color amarillento. Esto se denomina ictericia”*. Stanford Children's Health, Lucile Packard Children's Hospital.

²⁷ Retracción: Término empleado en medicina con dos sentidos: uno, el etimológico, para indicar un movimiento hacia atrás; el otro, que hace referencia a una célula o tejido que ha sufrido una disminución del volumen. Xífoides: Apéndice del esternón, situado debajo de su porción media o cuerpo.

debe iniciar el tratamiento empírico antibiótico, previa toma de cultivos, tomando en cuenta la flora presuntamente responsable y su susceptibilidad a los antibióticos. Asimismo, establece que los recién nacidos con sepsis pueden evolucionar hacia un choque séptico, presentando inicialmente disfunción cardiovascular, la cual puede progresar a daño orgánico terminal y muerte.

107. Bajo esa tesitura, en el registro de enfermería del día 16 de mayo de 2017, se indicó que se dio aviso a un médico (sin especificar nombre), quien sólo refirió estar al pendiente, así como monitorización de la frecuencia cardíaca, sin indicar tratamiento antibiótico empírico con previa toma de cultivos. Por lo tanto, el médico que tuvo conocimiento en ese momento de la situación clínica de V2 realizó una inadecuada valoración, vigilancia, integración diagnóstica y tratamiento, cuando se estaba ante un cuadro de probable sepsis neonatal, lo que contribuyó con la evolución del cuadro séptico y la subsecuente pérdida de la vida de V2.

108. Posteriormente, el día 16 de mayo de 2017, a las 11:00 horas, MR y AR1 establecieron que V2 ya contaba con protector de mucosa, es decir, "*Ranitidina*". Al respecto, en la opinión del médico de este Organismo Nacional el tratamiento con "*Ranitidina*" se asocia con un aumento en el riesgo de infecciones, enterocolitis necrosante y desenlace fatal en niños de muy bajo peso al nacer, recomendando precaución en el uso de este fármaco en el periodo neonatal, y siendo que V2 presentaba acidosis metabólica, signos de dificultad respiratoria, enterocolitis necrosante y datos clínicos y paraclínicos sugestivos de un proceso séptico, MR y AR2 establecieron la indicación de "*Ranitidina*"; lo anterior, favoreció la evolución y el desarrollo de complicaciones del cuadro séptico, contribuyendo con la pérdida de la vida de V2.

109. El 17 de mayo de 2017, MR describió que V2 continuaba presentando residuos gástricos, por lo que indicó continuar en ayuno, con soluciones preparenterales

(Preparación líquida, estéril, con electrolitos, nutrientes o fármacos para ser administrada a un paciente) y antibiótico (“*cefotaxima*”). En ese sentido si bien se otorgó tratamiento antibiótico a V2, ello fue hasta el día 17 de mayo de 2017, a pesar de que desde el 12 de mayo del mismo año, había presentado signo inicial sugestivo de sepsis neonatal (fiebre).

110. Además, el tratamiento fue sólo a base de “*cefotaxima*”, cuando V2 había cursado con mala evolución clínica, secundaria a la enterocolitis necrosante y al cuadro de sepsis neonatal. No pasa desapercibido que la “*cefotaxima*” no es efectiva frente a todos los microorganismos más comúnmente responsables de infección bacteriana de transmisión nosocomial, lo que evidencia que MR no otorgó el tratamiento oportuno y adecuado, lo que favoreció la evolución de los procesos patológicos y el deterioro del estado clínico de V2.

111. El 18 de mayo de 2017, V2 continuó bajo vigilancia, con aumento en el ritmo cardiaco, y con administración de “*Ranitidina*” a pesar de que, como se destacó, esto favoreció la evolución y desarrollo de las complicaciones de la enterocolitis necrosante y el cuadro séptico. El 19 de mayo de 2017 continuó presentando mal estado general con oxígeno administrado, sin embargo, cursaba apneas sostenidas, por lo que se le otorgó reanimación asistida que no resultó exitosa, por lo que su deceso se registró a las 5:00 horas del 20 de mayo de 2017.

112. En conclusión, la inadecuada atención otorgada a V2 durante el 11 al 20 de mayo de 2017, en el Hospital Comunitario, generó una serie de eventos fisiopatológicos de tipo infeccioso (enterocolitis necrotizante y sepsis neonatal), los cuales progresaron a choque séptico y falla orgánica múltiple, la inadecuada valoración, vigilancia, integración diagnóstica y tratamiento oportuno y adecuado, contribuyeron directamente con la pérdida de su vida.

113. No pasa desapercibido, que la estancia hospitalaria de V2 fue en las áreas de cuneros, cunero patológico y pediatría, no obstante, como ya se mencionó, cursaba con cuadro patológico de sepsis tardía. Al respecto, la *“Guía de Práctica Clínica (Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de Sepsis y Choque Séptico del Recién Nacido en el Segundo y Tercer Nivel de Atención)”*, establece que si hay sospecha de sepsis, se deberá transferir al paciente del servicio donde se encuentre interno o externo a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

114. En el presente caso, del análisis de las constancias que integran el expediente clínico, es posible evidenciar que V2 no fue trasladado a una UCIN en otro Hospital de segundo o tercer nivel, ni se realizó la transferencia a otro Centro Hospitalario de segundo o tercer nivel de atención que contara con esta unidad, con la finalidad de que fuera debidamente valorado y monitorizado para evitar complicaciones derivadas del propio cuadro séptico, tales como: choque séptico, falla multiorgánica y muerte. Lo anterior debe destacarse, toda vez que dichas complicaciones fueron las que condicionaron la pérdida de la vida del paciente, es decir, el no realizar el traslado a la UCIN en otro Hospital favoreció la evolución de la sepsis neonatal.

115. Este Organismo Nacional concluye que la inadecuada valoración, integración diagnóstica y la falta de tratamiento oportuno y adecuado, otorgados a V2, durante el 11 al 20 de mayo de 2017, en el Hospital Comunitario; aunado a la falta de personal médico (médicos adscritos del Servicio de Pediatría-Neonatología), sumado a la permanencia de V2 en las áreas de cuneros, cunero patológico y pediatría, cuando requería su traslado a un área de UCIN de otro Hospital de segundo o tercer nivel de atención que contarán con dicho servicio, contribuyeron con el deterioro de V2, favoreciendo que las complicaciones propias de la prematuridad, enterocolitis necrosante y sepsis neonatal, provocaran una cascada de eventos fisiopatológicos que culminaron en choque séptico y falla multiorgánica, lo que vulneró su salud y condicionó la pérdida de su vida.

3. Inadecuada atención médica de V3.

116. El nacimiento de V3 se suscitó el día 14 de mayo de 2017 en el Hospital Comunitario, a las 5:20 horas, por parto vía vaginal, con peso de 2,085 gramos, talla de 45 centímetros, así como calificación de APGAR de 8-9 e ingreso al área de cuneros además de valoración por el Servicio de Pediatría.

117. En la misma fecha, a las 10:45 horas, AR3 describió que V3 cursaba incremento de la profundidad y frecuencia de la respiración (polipnea)²⁸ y campos pulmonares sin estertores²⁹, por lo que se realizó aspirado gástrico, ante los signos sugestivos de dificultad respiratoria progresiva.

118. Al respecto, AR3 reportó que se obtuvo sangre fresca en el lavado gástrico, el cual además era indicio de enterocolitis necrosante. Sobre el particular, La “*Guía de Práctica Clínica Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Enterocolitis Necrosante del Recién Nacido en el Segundo y Tercer Nivel de Atención*” sugiere manejo con antibióticos por tres días y toma de cultivos; no obstante, de manera inadecuada, AR3 omitió otorgar tratamiento antibiótico (3 días), omitió solicitar la toma de cultivos, y sangre oculta en heces (SOH), lo que contribuyó con la posterior pérdida de la vida de V3.

119. El 14 de mayo de 2017, AR3 estableció que V3 presentaba síndrome de dificultad respiratoria y disminución de la temperatura corporal. A las 19:30 horas, del mismo día reportó elevación de la frecuencia respiratoria. Mencionó que el servicio de enfermería informó que V3 presentaba incremento del volumen urinario y balance hídrico negativo, el cual, se muestra cuando los ingresos de líquidos son

²⁸ Zafra A. Semiología respiratoria. *Pediatría Integral* 2016; XX (1):62.e1-62.e12

²⁹ Sin ruidos.

menores que los egresos. AR3 también estableció el diagnóstico de hipotermia (disminución de la temperatura corporal que desciende por debajo de 35°C)³⁰, es decir, que el V3 cursaba con alteraciones de la termorregulación y durante el turno matutino presentó un “*quejido*” respiratorio. Además, el personal de enfermería describió que se había recibido a V3 en bacinete (cuna abierta).

120. Al respecto, en la opinión de un médico de este Organismo Nacional, V3 requería estar en una incubadora, no en una cuna abierta, ya que al ser prematuro, su sistema que regula la temperatura del cuerpo estaba inmaduro, por lo que necesitaba mantener una temperatura adecuada que permitiera estar en las condiciones más óptimas y disminuir el riesgo de muerte; no obstante, se mantuvo en bacinete, lo cual contribuyó con el inadecuado control de la temperatura de V3.

121. No pasa desapercibido para este Organismo Constitucional Autónomo, que SP3, SP4, SP9 y SP10 reportaron que durante el 14 de mayo de 2017 (al igual que el 17 de mayo de 2017), se requirió lámpara de chicote para mantener la eutermia (temperatura normal o fisiológica); no obstante, en diversas ocasiones se registró elevación de la temperatura de V3, por lo que fue necesario prender y apagar la citada lámpara.

122. Lo anterior, evidencia que V3, de manera inadecuada, se mantuvo en una cuna abierta (bacinete), con lámpara de chicote para mantener la eutermia, cuando por sus factores de riesgo (pretérmino, mecanismos de termorregulación inmaduros, síndrome de dificultad respiratoria y enterocolitis necrotizante), requería estar en una incubadora, con la finalidad de otorgar las condiciones óptimas durante el período neonatal, y disminuir el riesgo de mortalidad.

³⁰ Diccionario Médico. Clínica Universidad de Navarra

123. Lo anterior toma relevancia, toda vez que la Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, *"que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada, describe que los hospitales que atiendan pacientes neonatos"*, como en el caso del Hospital Comunitario, deben tener incubadora; por lo que, al mantener a V3 en cuna abierta, a pesar de requerir estar en una incubadora, evidencia la carencia del equipo necesario y especial para una atención adecuada.

124. AR4 debido al cargo de Dirección y conforme al Reglamento Interior de Servicios de Salud de Chihuahua en su artículo 43 fracciones I a la VI debió gestionar la carencia y/o disfuncionalidad de incubadoras, toda vez que se expuso a los neonatos que requerían de las mismas, incluyendo a V3, durante la etapa neonatal, o en su caso, solicitar el traslado del paciente a otra Unidad Hospitalaria de segundo o tercer nivel de atención que contara con UCIN e incubadoras, ya que el Hospital Comunitario no contaba con estos servicios.

125. Con base en todo lo anterior, es posible determinar que la falta y/o el mal funcionamiento de una incubadora, contribuyó con la pérdida de la vida de V3, toda vez que no se le otorgaron las condiciones óptimas durante su estancia hospitalaria, lo que aumentó el riesgo de mortalidad.

126. Respecto a la falta y/o disfuncionalidad de incubadoras, MR, AR2 y AR3 debieron gestionar el traslado a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, dentro del mismo Hospital Comunitario, u otro nosocomio que contara con dicho Servicio; no obstante, derivado del análisis de las constancias que integran el expediente, se evidencia que dicha referencia o traslado se solicitó hasta el día 20 de mayo de 2017, a sabiendas que V3 requería mantenerse en incubadora, lo anterior, favoreció el deterioro clínico y la evolución del proceso patológico (síndrome de dificultad respiratoria, enterocolitis necrotizante y sepsis neonatal).

127. El 14 de mayo de 2017, AR3 reportó la presencia de sangre fresca en lavado gástrico; el 16 de mayo de 2017, MR y AR2 reportaron distensión abdominal, es decir, presentaba signos sugestivos de enterocolitis necrotizante (fiebre, sangre en lavado gástrico y distensión abdominal).

128. El 17 de mayo de 2017, MR describió radiografía con abundante gas y edema de asas intestinales, además, que no se contaba con muestra para realizar el estudio de sangre oculta en heces (SOH), lo anterior es importante, toda vez que la SOH, es un signo paraclínico intestinal de enterocolitis necrotizante.

129. Con base en todo lo anterior, es posible evidenciar que MR, AR2 y AR3 no indicaron tratamiento antibiótico (3 días), ni la toma de cultivos, como lo establece la *“Guía de Práctica Clínica (Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Enterocolitis Necrosante del Recién Nacido en el Segundo y Tercer Nivel de Atención”*, cuando V3 cursaba con un cuadro de enterocolitis necrotizante.

130. Todo lo anterior resulta digno de análisis, ya que la enterocolitis necrotizante se encuentra dentro de las enfermedades neonatales más comunes, devastadoras y difíciles de erradicar, siendo una de las causas más frecuentes de morbilidad y mortalidad en recién nacidos. El no otorgar manejo antibiótico ni solicitar cultivos, cuando además no se contaba con muestra para realizar SOH, ni había gasometrías para valorar el equilibrio ácido-base ni la cuantificación de lactato, evidencia la falta de calidad y disponibilidad, así como la inadecuada valoración, vigilancia, integración diagnóstica y tratamiento otorgado a V3, por parte de los doctores MR, AR2 y AR3, lo que se traduce en responsabilidad.

131. El 18 y 19 de mayo, V3 permaneció en ayuno debido a que padecía enterocolitis necrosante. El 20 de mayo de 2017, AR3 estableció que V3 cursaba

con sepsis neonatal tardía probablemente nosocomial, así como datos de choque séptico, por lo que indicó “cefotaxima” (antibiótico) 200 mg/kg/día. Al respecto, la *“Guía de Práctica Clínica (Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de Sepsis y Choque Séptico del Recién Nacido en el Segundo y Tercer Nivel de Atención”*, establece que el tratamiento antimicrobiano de los recién nacidos con sospecha de sepsis debe iniciarse oportunamente; sin embargo, aunque se otorgó tratamiento antibiótico (“cefotaxima”) a V3, esto fue hasta el día 20 de mayo de 2017, siendo que, desde el 14 de mayo de 2017, había presentado signo inicial sugestivo de sepsis neonatal (fiebre).

132. Además, el tratamiento indicado por AR3 fue a base de “cefotaxima”, cuando V3 había cursado con mala evolución clínica, secundaria a la enterocolitis necrosante, el síndrome de dificultad respiratoria y por el cuadro de sepsis neonatal. Sobre ello, en la opinión del médico de este Organismo Nacional se consideró que la “cefotaxima” no es efectiva frente a todos los microorganismos más comúnmente responsables de infección bacteriana de transmisión nosocomial, lo que evidencia que AR3 no otorgó el tratamiento oportuno y adecuado, lo que favoreció la evolución de los procesos patológicos de tipo infeccioso y el deterioro del estado clínico de V3. Lo anterior se confirma al considerar que fue hasta el 20 de mayo de 2017 que se agregó una dosis de vancomicina al tratamiento de V3.

133. Las notas elaboradas por AR3, enfatizó lo siguiente: “...no hay gasometrías...con kramer V y no hay ningún estudio...no hay cultivos... no hay ningún estudio Metabolico...” (sic); de lo anterior, se puede evidenciar que V3 no recibió una adecuada valoración vigilancia, integración diagnóstica y tratamiento oportuno y adecuado, lo cual contribuyó para que los cuadros patológicos de enterocolitis necrotizante y la sepsis neonatal evolucionaran a choque séptico y falla orgánica múltiple.

134. A pesar de los síntomas y procesos que cursaba V3, no fue trasladado a alguna UCIN de un Hospital de segundo o tercer nivel de atención que sí contara con dicha unidad. Este traslado se realizó hasta el 20 de mayo de 2017, a pesar de que inició con signos que sugerían la sepsis neonatal (fiebre) desde el 14 de mayo de 2017, por lo que pasaron 6 días sin que fuera atendido adecuadamente en una UCIN, sumando a ello la carencia de estudios de laboratorio en el citado nosocomio.

135. El traslado al Hospital Infantil de Chihuahua se realizó el 20 de mayo de 2017 a las 13:30 horas, con V3 en estado grave, signos de choque séptico³¹, así como, dificultad respiratoria y saturación de oxígeno al 77%. No obstante, según se observa del Certificado de defunción, falleció durante el traslado a las 14:10 horas de esa fecha.

136. Sobre este caso, este Organismo Nacional concluye que la inadecuada valoración, integración diagnóstica y tratamiento, otorgados a V3, del 11 al 20 de mayo de 2017, en el Hospital Comunitario; aunado a la falta de información para determinar el mecanismo de transmisión de la sepsis (vía vertical o nosocomial), así como, de personal médico adscrito del Servicio de Pediatría-Neonatología, sumado a la permanencia de V3 en las áreas de cuneros, cunero patológico y pediatría, cuando requería su traslado al área de UCIN de otro Hospital de segundo o tercer nivel de atención, que sí contara con dicho servicio, contribuyeron con el deterioro de V3, favoreciendo que las complicaciones propias de la prematurez, enterocolitis necrosante y sepsis neonatal, provocaran una cascada de eventos fisiopatológicos que culminaron en choque séptico y falla multiorgánica, lo que condicionó la pérdida de su vida.

4. Inadecuada atención médica de V4.

³¹ Frecuencia cardíaca de 200 latidos por minuto, coloración marmórea y mal llenado capilar.

137. V4 nació en el Hospital Comunitario por parto vía vaginal el 8 de mayo de 2017 a las 19:25 horas, con un peso de 2,450 gramos, talla de 49 centímetros, así como calificación de APGAR a los 5 minutos de 9, y fue diagnosticada como recién nacida con bajo peso al nacer a descartar síndrome de aspiración de meconio (ocurre cuando el bebé respira el líquido amniótico que contiene meconio (las primeras heces del bebé))³². Se le indicó solución glucosada, lavado gástrico, antibiótico (“ampicilina”), así como estudios de laboratorio y gabinete.

138. De la revisión realizada a las 20:40 horas del 8 de mayo de 2017 por SP11, se observó que V4 no cursaba con cuadro de aspiración meconial, pero sí presentaba datos sugestivos de síndrome de dificultad respiratoria (campos pulmonares con quejido ligero y retracción xifoidea).

139. El 09 de mayo de 2017, MR y AR2, durante el seguimiento de V4, suspendieron la terapia antibiótica (ampicilina), indicada un día anterior por SP11, lo que resulta importante, toda vez que V4 cursó con un cuadro de sepsis neonatal tardía. El 10 de mayo, V4 presentó incremento de la frecuencia respiratoria y gasometría con ligera alcalosis respiratoria, y datos compatibles con taquipnea transitoria del recién nacido, bilirrubinemia (nivel de bilirrubina en la sangre)³³, hipoalbuminemia (Nivel de albúmina en sangre por debajo de lo normal.)³⁴ e hiperglucemia (azúcar alta en la sangre).³⁵ Se reportó con riesgo de infección, sepsis, anafilaxia y muerte.

³² “Antes o durante el parto, algunas veces el feto pasa las heces con meconio al líquido amniótico. No se sabe con claridad porque sucede esto. Puede ser un evento natural, pero también se cree que está relacionado con el sufrimiento fetal en algunos bebés. Cuando el meconio grueso se mezcla con el líquido amniótico, se traga y respira dentro de las vías respiratorias del feto. Cuando el bebé toma su primer aliento en el alumbramiento, las partículas de meconio ingresan en las vías respiratorias y pueden ser aspiradas de manera profunda (inhaladas) en los pulmones.” Stanford Children’s Health, Lucile Packard Children’s Hospital

³³ Diccionario Médico. Clínica Universidad de Navarra.

³⁴ Idem

³⁵ “Elevación del nivel circulante de glucosa por encima de la normalidad”, Idem.

140. El 11 de mayo de 2017, V4 presentó ictericia³⁶ e hiperbilirrubinemia. El 12 de mayo de 2017, MR y AR2 registraron datos de dificultad respiratoria, así como de taquipnea (respiración rápida y superficial)³⁷ transitoria del recién nacido³⁸, continuando bajo vigilancia.

141. El 14 de mayo de 2017, V4 presentó incremento en el síndrome de dificultad respiratoria y taquipnea, además tenía signos sugestivos de sepsis, por lo que AR3 indicó la administración de terapia antibiótica a base de “*ampicilina*” y “*gentamicina*”, ambas vía intravenosa, así como el envío para cultivo de la punta de catéter umbilical.

142. Al respecto, del análisis de las constancias que integran el expediente clínico, es posible corroborar en la hoja de indicaciones médicas y la de registro de enfermería, correspondientes al día 14 de mayo de 2017, que ambos antibióticos (“*ampicilina*” y “*gentamicina*”), fueron indicados y administrados ese día a V4. Sin embargo, en los días subsecuentes, no se continuó la mencionada antibioticoterapia, ni se prescribió algún otro esquema antimicrobiano, lo que contribuyó con la evolución del proceso patológico, exponiendo a V4 a las complicaciones del cuadro séptico, tales como: choque séptico, falla orgánica múltiple y pérdida de la vida.

143. Ahora bien, de las constancias que integran el expediente clínico de V4 es posible evidenciar que del 13 al 15 de mayo de 2017, el personal de enfermería reportó que V4 cursaba con lesión dérmica tipo quemadura y dermatitis del área del pañal; sin embargo, no se indicó, ni administró tratamiento para la dermatitis del

³⁶ “*La ictericia es una descoloración amarilla de la piel y del blanco de los ojos y la provoca una acumulación de bilirrubina en el torrente sanguíneo*” Stanford Children's Health, Lucile Packard Children's Hospital.

³⁷ Zafra A. Semiología respiratoria. *Pediatría Integral* 2016; XX (1):62. e1-62. e12.

área del pañal, evidenciando la inadecuada valoración, vigilancia, integración diagnóstica y tratamiento, condicionando por un lado, la persistencia de los síntomas característicos de dicha inflamación (dolor, ardor e intranquilidad), y por otro lado, aumentó el riesgo de infecciones secundarias por hongos y gérmenes.

144. El 15 y 16 de mayo, V4 continuó con signos de síndrome de dificultad respiratoria; el 17 de mayo de 2017, MR refirió que V4 continuaba presentando taquipnea. Los días 18 y 19 de mayo de 2017, reportó que V4 persistía con taquipnea (78 y 65 respiraciones por minuto respectivamente) y especificó en la nota elaborada: “...no se cuenta con gasometría, pendiente controles ...”.

145. Con base en lo anterior, ante la falta del estudio gasométrico se evidenció que V4 no recibió una adecuada valoración, vigilancia, integración diagnóstica y tratamiento oportuno y adecuado, lo cual, contribuyó a la evolución del cuadro séptico, aumentando el riesgo de choque séptico, falla orgánica múltiple y muerte.

146. Desde el día 08 de mayo de 2017, SP11 y el 14 de mayo de 2017, AR3, indicaron la administración de terapia antibiótica a base de “ampicilina” y “ampicilina-gentamicina” respectivamente, sin embargo, MR y AR2 en los días subsecuentes no continuaron la antibioticoterapia, no justificaron dicha determinación, ni prescribieron algún otro esquema antimicrobiano. Es decir, que del 10 al 13 de mayo y del 15 al 19 de mayo de 2017, no se indicó ni administró tratamiento antimicrobiano a V4, siendo que durante los citados días, mostró datos sugestivos de sepsis neonatal (respiración irregular, dificultad respiratoria e ictericia), lo anterior, contribuyó directamente con la evolución del proceso patológico, exponiendo a V4 a las complicaciones del cuadro séptico, tales como: choque séptico, falla orgánica múltiple y pérdida de la vida.

147. Como se describió, desde el 10 de mayo de 2017, V4 cursaba con datos sugestivos de choque séptico, y el 20 de mayo de 2017 cursó con febrícula, por lo que AR3 en razón de la situación médica de la paciente y el antecedente de dos defunciones y un paciente crítico, solicitó a AR4, el traslado para estudio infectológico, realizando la hoja de referencia el mismo 20 de mayo de 2017, al Servicio de Infectología del Hospital General, con el diagnóstico de sepsis neonatal tardía probablemente nosocomial.

148. Posteriormente, AR3 realizó la siguiente afirmación “...Además que no hay cultivos y los realizados de esta paciente no fueron manejados adecuadamente entre semana...”. Con base en lo anterior, es posible determinar que el cultivo de punta de catéter (onfalocclisis) solicitado y realizado el 14 de mayo de 2017, no fue manejado de manera adecuada, por consiguiente, se corrobora que hasta ese momento, V4 no contaba con estudios de cultivo ni resultados de los mismos. Cabe aclarar que, en el caso particular no hubo pérdida de la vida; no obstante que la inadecuada valoración, vigilancia, integración diagnóstica y tratamiento otorgados a V4 durante su estancia en el Hospital Comunitario, contribuyó directamente con el deterioro del estado de salud, exponiéndola a las complicaciones del proceso séptico.

149. En la hoja de referencia, AR3 realizó la siguiente afirmación en la nota elaborada: “*TENSIÓN ARTERIAL sin equipo*”. Al respecto, de acuerdo con la opinión del médico de este Organismo Nacional, dentro del tratamiento no farmacológico de la sepsis neonatal, está la monitorización de signos vitales, incluyendo la presión arterial, toda vez que dentro la fisiopatología del cuadro séptico se encuentra la hipotensión arterial, la cual puede proporcionar información indirecta sobre el flujo sanguíneo del paciente. En el caso particular, ante la carencia del instrumental para la toma de la presión arterial, es evidencia de que existió

inadecuada valoración y vigilancia del cuadro séptico, además de responsabilidad institucional.

150. AR4 debió gestionar la carencia del instrumental necesario (esfigmomanómetro), para la medición de la presión arterial, en el caso particular, de los neonatos, por lo que, al no contar con dicho equipo, se expuso a los pacientes que se encontraban en estancia hospitalaria, incluyendo a V4, que requerían la monitorización de dicha constante vital. Con base en todo lo anterior, se concluye que, a pesar de cursar con sepsis neonatal tardía la cual debía ser vigilada continuamente, por las complicaciones inherentes (choque séptico, falla multiorgánica y muerte) al propio proceso patológico, no se realizó una adecuada vigilancia, aumentando el riesgo de morbilidad y mortalidad en V4.

151. Con base en las constancias que integran el expediente clínico de V4, se advierte que se incumplió el apartado 5.3. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, *“Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida”*, toda vez que no se otorgó una adecuada vigilancia de los signos vitales, en el caso particular, de la tensión arterial de V4 por la falta del instrumental necesario para hacerlo.

152. V4 arribó al Hospital General el 21 de mayo de 2017 a las 1:15 horas, donde se le indicó hospitalización, estudios de gabinete, antibióticos y soluciones parenterales, brindando una adecuada atención médica a la menor y logrando revertir el cuadro de sepsis, por lo que el 29 de mayo de 2017, V4 egresó de ese nosocomio por mejoría.

153. De lo expuesto, se concluye que el personal médico del Hospital Comunitario vulneró el derecho a la protección de la salud de V1, V2, V3 y V4, con motivo de la

inadecuada atención médica que se les brindó, en razón de los argumentos y disposiciones normativas precisados en el presente apartado.

C. Incumplimiento del Hospital Comunitario de las obligaciones de disponibilidad y calidad en los servicios de salud.

154. En el presente caso, esta Comisión Nacional advierte que existe Responsabilidad Institucional por falta de cumplimiento con la obligación de disponibilidad y calidad de elementos esenciales en los servicios de salud, en donde las víctimas tuvieron diversos obstáculos para el disfrute del derecho a la protección de la salud, al haber una serie de inconsistencias, omisiones y vulneraciones en la prestación de la atención médica y no contar con elementos esenciales en el Hospital Comunitario para su eficaz desempeño.

155. Sobre esta cuestión el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha señalado que todos los servicios, artículos e instalaciones de salud deben cumplir con los principios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.³⁹

156. La *disponibilidad* se refiere a la existencia de infraestructura y programas suficientes para dar cobertura al derecho a la protección de la salud. En el caso en concreto la disponibilidad de un centro de salud es primordial para el desarrollo y bienestar de una colectividad, a fin de que se garantice su derecho a la protección de la salud; lo anterior implica que debe cumplir con las condiciones sanitarias y de infraestructura necesarias para la correcta prestación del servicio de salud.

157. El principio de *calidad* requiere que los bienes y servicios de salud posean parámetros adecuados, **confiables, higiénicos** y que las **instalaciones se**

³⁹ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, párr.12.

encuentren en óptimo estado. “*Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua potable y condiciones sanitarias adecuadas*”⁴⁰

158. En ese sentido, este Organismo Nacional constató diversas carencias en los casos de V1, V2, V3 y V4, que implicaron el incumplimiento de estas obligaciones, mismas que se recapitulan a continuación.

159. En lo relativo al equipamiento en el nosocomio se constató la falta de insumos suficientes para efectuar estudios de control gasométrico, así como de medicamentos (biogaia) en el caso de V1, carencia de equipo para la toma de presión y de UCIN, falta y/o disfuncionalidad de incubadora en el caso de V3, los cuales resultaban necesarios para la atención integral de recién nacidos, por lo que condicionaron la disponibilidad y calidad en los servicios de salud otorgados por el Hospital Comunitario.

160. Sobre la UCIN es importante precisar que conforme a los lineamientos del Plan de Trabajo en Regiones y Redes Integradas de la Secretaría de Salud del Estado de Chihuahua de 2016, el Hospital Comunitario se cataloga como nosocomio de segundo nivel; ello, en conexión con el artículo 70 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, permite establecer que la unidad médica en donde perdió la vida V1 se clasifica como un Hospital General, en ese tenor, si se considera que el Reglamento Interior de Servicios de Salud de Chihuahua se estipula que las unidades de tal naturaleza deben proporcionar atención médica en las especialidades de cirugía general, gineco-obstetricia, medicina interna y pediátrica, luego entonces, de conformidad con lo dispuesto en la Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012 “*Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de*

⁴⁰ Idem

hospitales y consultorios de atención médica especializada”, la cual es de observancia obligatoria para todos los establecimientos hospitalarios de los sectores público, social y privado, cualquiera que sea su denominación, que tengan como finalidad la atención de pacientes que se internen para su diagnóstico, tratamiento médico, quirúrgico o rehabilitación; así como para los consultorios de atención médica especializada, todas las unidades nosocomiales consideradas como tal deben contar con una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, que “es el área del hospital, en la que se encuentran médicos y enfermeras especializados y entrenados, que cuenta con equipo de monitoreo, diagnóstico, tratamiento y otros elementos necesarios para la adecuada atención de pacientes en estado agudo crítico que ameritan atención inmediata e intensiva, con posibilidades razonables de recuperación”.

161. Por lo que corresponde a la detección del agente bacteriológico que generó las infecciones en los cuatro recién nacidos, se observó que en el caso de V2, a pesar de que se envió un catéter umbilical a cultivo, no se recabaron los resultados del mismo. En el caso de V4, también se envió para cultivo un catéter umbilical, sin embargo, los mismos no fueron manejados adecuadamente, por lo que no se contaba con estudios de cultivo ni sus resultados. En los casos de V1 y V3, se evidenció que no se realizaron estudios de cultivo. Lo anterior, de acuerdo con la opinión del médico de este Organismo Nacional, implica un inadecuado estudio epidemiológico nosocomial y vigilancia epidemiológica, lo que condicionó la limitación en la implementación de medidas de control inmediatas dirigidas a las fuentes de infección y los medios o vías por los que se transmitió el agente causal.

162. La Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, “*Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales*” establece los criterios que deberán seguirse para la prevención, vigilancia y control epidemiológicos de las infecciones nosocomiales que afectan la salud de la

población usuaria de los servicios médicos prestados por los hospitales; de las acciones llevadas a cabo, así como de la visita que realizó la Comisión Estatal, se puede observar que se incumplieron los apartados 4.1 y 4.2 sobre la vigilancia epidemiológica, el 5.3 sobre el sistema de información epidemiológica, el 5.6 sobre las fuentes de información de casos de infección nosocomial, 6.9. sobre el diagnóstico de enfermedades Bacteriemias, el 7.3 sobre el subsistema de vigilancia epidemiológica, el 7.4 sobre el Comité Jurisdiccional de Vigilancia Epidemiológica de Infecciones Nosocomiales, 7.5 sobre la coordinación de vigilancia, 9 de la supervisión y evaluación; 10 relativo a la prevención y el control y 11 sobre la investigación.

163. Lo descrito, se robustece con el dictamen de la visita de verificación elaborada por la Comisión Estatal para la Protección contra Riesgos Sanitarios de Chihuahua el 26 de mayo de 2017, es decir, en fecha inmediata posterior a los hechos, de la que se evidenciaron irregularidades que inciden en al ámbito sanitario del nosocomio:

Fecha	Observaciones
26/05/17	<ul style="list-style-type: none"> • El establecimiento no cuenta con aviso del responsable Sanitario del laboratorio clínico. • El personal no realiza revisión diaria de los resultados de cultivos de laboratorio de pacientes hospitalizados. • No en todas las áreas del establecimiento se cuenta con tarjetones en los que se especifiquen cuidados necesarios para evitar contaminación y transmisión de infecciones.

	<ul style="list-style-type: none"> • No presenta registros o procedimientos para el lavado o esterilización de los circuitos de ventilación o inhaloterapia que no son desechables. • No presenta manual de procedimientos para determinar las características, frecuencia de aseo, limpieza de áreas y demás mobiliario, además de registros de limpieza y desinfección. • No presenta evidencia documental de la limpieza y desinfección de camas, cunas de calor radiante, incubadoras y vacinetes una vez que se desocupan. • El área de aislados no cuenta con ductos de extracción de aire. • No presenta procedimientos, programas, y registro de monitoreo de cloro residual en las diferentes áreas del establecimiento. • No realiza el monitoreo de cloro residual cada 2 días en todos los servicios. • En las áreas del establecimiento no se separan y envasan los residuos peligrosos biológico-infecciosos de acuerdo con sus características físicas y biológicas infecciosas sin mezclarse con ningún otro tipo de residuos municipales o peligrosos. • Muestra de superficies inertes: La muestra 7 de estante de madera de material de curación resultó positiva a la presencia de stafilococo áureos, cándida albicaens y organismos coliformes.
--	--

164. Lo anterior permite documentar que el Hospital Comunitario presentaba diversas deficiencias sanitarias cinco días después del deceso de V1, V2 y V3, lo que acredita el incumplimiento de la obligación de calidad, respecto a las medidas higiénicas que todo hospital debe tener en la prestación de su servicio, circunstancia que favoreció el riesgo de contagio de los pacientes hospitalizados en ese periodo en el nosocomio referido.

165. Información que también fue ratificada por la Secretaría de Salud en el informe presentado el 2 de mayo de 2018, oficio SS/J/0183-2018, en respuesta a la solicitud

de esta Comisión Nacional, en donde informó que: *“Debido a su particular situación geográfica, así como de la carencia de personal disponible idóneo (epidemiólogo, infectólogo y enfermeras especializadas en salud pública) es que no ha sido posible contar con una Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria...”*. En el mismo informe comunicó que el Comité de Detección y Control de Infecciones Hospitalarias (CODECIN) fue reinstalado el 12 de diciembre de 2017.

166. En lo concerniente a la atención médica brindada por personal capacitado, en los casos de V1, V2, V3 y V4, se constató que este deber fue inobservado, toda vez que fueron valorados por MR, médico residente de la Especialidad de Pediatría⁴¹, sin la dirección, asesoría y supervisión de médico adscrito. Lo anterior, debido a que en varias constancias médicas de los expedientes clínicos de los menores, se agregó el apellido de AR2⁴² (médico adscrito), no obstante, no incluye su rúbrica, por lo que, es evidente MR (médico residente), no fue supervisado por el citado médico.

167. En el presente caso no se localizaron rúbricas o firmas de AR2 que constara que como Médico Adscrito haya realizado la supervisión de MR, además de que no se obtuvo información relativa a su nombre completo ni a la especialidad en pediatría. Lo anterior, debido a que en las constancias de los expedientes clínicos no obra la información, y del informe presentado por la Secretaría de Salud del Estado de fecha 20 de julio no proporcionó datos sobre el personal médico que atendió a V1, V2, V3 y V4, únicamente informó que el Hospital Comunitario contaba con 6 médicos especialistas y 23 médicos generales en total para la atención.

168. Lo anterior, implica el incumplimiento de la Norma Oficial Mexicana Nom-001-SSA3-2012, *“Educación en Salud. Para la organización y funcionamiento de*

⁴¹ Quién firma como MR R3P.

⁴² Se escribía Dr. Apellido de AR2 (MA), sin que se encontrara su rúbrica.

residencias médicas", en sus siguientes numerales 10.3, 10.5 y 11.4 que establecen que: "...[los médicos en formación] deben recibir la educación de posgrado, de conformidad con los programas académicos de la institución de educación superior y operativo de la residencia médica correspondiente; bajo la dirección, asesoría y supervisión del profesor titular, el jefe de servicio y los médicos adscritos, en un ambiente de respeto[...] contar permanentemente con la asesoría de los médicos adscritos al servicio, durante el desarrollo de las actividades diarias y las guardias[...] y participar, durante su adiestramiento clínico, quirúrgico o de campo en el estudio y tratamiento de los pacientes o de las poblaciones que se les encomienden, siempre sujetos a las indicaciones y a la asesoría de los profesores y médicos adscritos de la unidad médica receptora de residentes".

169. En razón de lo anterior, este Organismo Nacional concluye que el Hospital comunitario incumplió sus obligaciones de disponibilidad y calidad en los servicios de salud, a fin de garantizar a V1, V2, V3 y V4 una protección integral, y la salvaguarda más amplia en cuanto a la conservación de su salud y su vida.

170. Considerando que V1, V2, V3, y V4 pertenecen a un grupo en situación de vulnerabilidad, dada su corta edad, las condiciones sociales y económicas prevalecientes en su lugar de origen, aunado a que en el caso de V1, V2 y V3, al tratarse de integrantes de comunidades indígenas, el personal médico debió proveerles vigilancia estrecha y eficaz, atendiendo a las especificidades de sus propias condiciones de menores de edad, indígenas y las circunstancias ya descritas en el apartado contextual del presente documento, por lo que al haber incurrido en las citadas irregularidades de AR1, AR2, AR3, personal médico del Hospital Comunitario incumplió los artículos 50, fracciones I y II, párrafo tercero, de la Ley General de los derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes; 6.2 e incisos a) al c) del artículo del artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño; 1.1 y 19 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos; los principios 2 y 4 de

la Declaración de los Derechos del Niño, así como los artículos 2, 3 y 5 del Convenio Núm. 169 de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales.

171. El Hospital Comunitario al no contar con todos los insumos necesarios con calidad los servicios de salud en una región que posee altos índices de precariedad, un nivel de desarrollo humano por debajo de la media nacional y en donde el mayor porcentaje de la población es indígena y se define como Tepehuana o Rarámuri, influye en las condiciones que perpetúan las desigualdades, y ello impide que haya un mejoramiento en su calidad de vida, como lo establece la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas en su Artículo 21.1: *“Los pueblos indígenas tienen derecho, sin discriminación alguna, al mejoramiento de sus condiciones económicas y sociales, entre otras esferas, en la educación, el empleo..., la salud y la seguridad social”*.

D. Derecho a la vida de V1, V2 y V3.

172. El derecho a la vida implica que todo ser humano disfrute de un ciclo existencial que no puede ser interrumpido por algún agente externo. Las disposiciones que establecen su protección son los artículos 6.1. del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 4.1. de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, 3° de la Declaración Universal de Derechos Humanos, I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre,⁴³ y 6.1. de la Convención sobre los Derechos del Niño.

173. De la lectura a los citados artículos se advierte un contenido normativo de doble naturaleza a saber: el deber negativo del Estado de respetar la vida humana mediante la prohibición de su privación arbitraria, así como el deber positivo de adoptar todas las medidas apropiadas para proteger y preservar el derecho a la vida

⁴³ CNDH. Recomendación 66/2016, párr.33.

de quienes se encuentren bajo su jurisdicción, o bien, que no se les impida el acceso a los medios que los garanticen.

174. Este Organismo Nacional ha considerado que el derecho a la vida *“consiste en el goce de la conservación de la existencia humana, la cual debe cumplir un ciclo natural que no puede ser suspendido o interrumpido por acciones y omisiones de agentes externos, ya que ello implicaría la privación de un derecho básico y esencial, de un valor superior en el conjunto de ordenamientos que protegen y regulan la esfera jurídica del ser humano”*⁴⁴.

175. Este Organismo Constitucional recuerda que *“los derechos económicos, sociales y culturales (DESC) -como el derecho a la protección de la salud-, tienen una profunda interdependencia e interrelación con los derechos individuales – como el derecho a la vida. Los DESC funcionan como derechos “puente” de los derechos individuales con el mismo nivel de justiciabilidad; por tanto, los incumplimientos a las obligaciones derivadas de los DESC por parte de los Estados pueden generar también vulneraciones a los derechos individuales, como en el presente caso”*⁴⁵

176. Al respecto, la Corte Interamericana de Derechos Humanos ha señalado que *“[...] los Estados son responsables de regular [...] con carácter permanente la prestación de los servicios y la ejecución de los programas nacionales relativos al logro de una prestación de servicios de salud públicos de calidad, de tal manera que disuada cualquier amenaza al derecho a la vida y a la integridad física de las personas sometidas a tratamiento de salud”*⁴⁶.

⁴⁴ Corte IDH “Caso de los Niños de la Calle (Villagrán Morales y otros) Vs. Guatemala”. Sentencia de 19 de noviembre 1999, párr. 144; “Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”. Sentencia de 22 de noviembre de 2007, párr. 117. Recomendaciones 51/2015, de 29 de diciembre de 2015; párrafo 110; 38/2016 párr. 74; 48/2017, párr. 66 y 117; 49/2017, párr. 48; 50/2017, párr. 65.

⁴⁵ CNDH. Recomendación 18/2016, párr. 106.

⁴⁶ CortelDH “Caso González Lluy y otros Vs. Ecuador”. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 1° de septiembre de 2015, párr. 177.

177. En el presente caso al tratarse de recién nacidos indígenas, por su condición y por encontrarse más expuestos a infecciones y enfermedades, la garantía efectiva del derecho a la protección de la salud permite salvaguardar los derechos a la vida e integridad personal⁴⁷.

178. En ese sentido, la inadecuada atención médica ya precisada en el análisis de la vulneración al derecho a la protección de la salud, la falta de infraestructura e insumos necesarios para la atención integral de los menores, la omisión en el traslado a una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales para su adecuado seguimiento, la falta de incubadoras y de estudios de cultivo y los resultados de los mismos, que limitaron un estudio epidemiológico nosocomial del laboratorio por parte del personal encargado del mismo, en el Hospital Comunitario, fueron factores que condicionaron y determinaron la pérdida de la vida de V1, V2 y V3.

179. Para esta Comisión no pasa desapercibido que en el informe presentado por la Secretaría de Salud del Estado de Chihuahua, se asume que la causa del estado de salud de V1, V2, V3 y V4 sólo estaba relacionada con su prematuridad, justificando que ésta se dio debido a la falta de cuidados prenatales de las madres e inclusive asumen que su condición indígena (en el caso de V5 y V7) influyó en un presunto seguimiento inadecuado de sus embarazos al hacer alusión a “**sus usos y costumbres**”, en lo referente al uso de “**hierbas medicinales**”.

180. Este tipo de interpretaciones por parte de las autoridades pretenden justificar la deficiente atención prenatal brindada a las víctimas al responsabilizar a las madres indígenas de su situación y la de sus hijos e hijas, sin considerar que la inaccesibilidad a los servicios de salud y las condiciones del contexto económico y social que ya se han analizado, son factores que también influyen en la falta del control prenatal en mujeres indígenas, por lo que corresponde al Estado

⁴⁷ CNDH. Recomendación 18/2016, párr. 108.

implementar mecanismos eficientes para erradicar estas fallas estructurales e implementar modelos interculturales para la atención del embarazo, el parto y el puerperio, por lo que este tipo de circunstancias deben ser abordadas por la autoridad como un elemento de vulnerabilidad y la exclusión que viven y no como una forma de responsabilizarlas.

181. Atendiendo a ello y considerando las constancias de los expedientes médicos de los menores, la prematurez sólo fue un factor que contribuyó a la pérdida de la vida de los 3 recién nacidos, toda vez que la inadecuada valoración, vigilancia, integración diagnóstica y tratamiento otorgados a los recién nacidos, aunado a la falta de recursos, infraestructura, personal y equipo hospitalarios del Hospital Comunitario, de manera conjunta coadyuvaron con el deterioro clínico y posterior fallecimiento de V1, V2 y V3, vulnerándose con ello el derecho a la vida, previsto en los artículos 1° constitucional; 6.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; 4.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos; 3° de la Declaración Universal de Derechos Humanos, y I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre.

E. Principio del interés superior de la niñez.

182. En el presente caso, este Organismo Nacional considera necesario enfatizar en la condición de menores de edad recién nacidos que resultó coincidente en las víctimas, la cual favoreció y potenció el menoscabo de sus derechos humanos.

183. Al respecto, el artículo 4°, párrafo noveno, de nuestra Carta Magna dispone: *“En todas las decisiones y actuaciones del Estado se velará y cumplirá con el principio del interés superior de la niñez, garantizando de manera plena sus derechos. Los niños y las niñas tienen derecho a la satisfacción de sus necesidades de alimentación, salud, educación y sano esparcimiento para su desarrollo integral.*

Este principio deberá guiar el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de las políticas públicas dirigidas a la niñez”.

184. Por otra parte, la Convención sobre los Derechos del Niño (1989) aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas integró en su artículo 3, párrafo 1 que *“... en todas las medidas concernientes a los niños que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos, una consideración primordial a que se atenderá será el interés superior del niño”.*

185. En ese contexto, la Corte Interamericana de Derechos Humanos ha sostenido que el interés superior del niño *“se funda en la dignidad misma del ser humano, en las características propias de las niñas y los niños y en la necesidad de propiciar el desarrollo de éstos, con pleno aprovechamiento de sus potencialidades”*⁴⁸; asimismo que *“(...) los niños y niñas tienen derechos especiales a los que corresponden deberes específicos por parte (...) y el Estado (...) su condición exige una protección especial que debe ser entendida como un derecho adicional y complementario a los demás derechos que la Convención reconoce a toda persona (...)”*⁴⁹.

186. Esta Comisión Nacional considera que en el presente caso se vulneró el interés superior de la niñez, al no haberse establecido por parte del Estado, las condiciones mínimas que permitieran a V1, V2, V3 y V4, gozar de servicios de atención médica, adecuados, integrales y de calidad, misma que no les fue otorgada, habida cuenta del deber reforzado que el Estado tiene cuando la atención médica se brinda a menores de edad, en atención al interés superior de la niñez.

⁴⁸ Corte IDH “Caso Furlán y Familiares vs. Argentina”, Excepción preliminar, fondo, reparaciones y costas, 31 de agosto de 2012, párr.126.

⁴⁹ CortelDH “Caso González y otras (“Campo Algodonero”) Vs. México”, Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas de 16 de noviembre de 2009, párr. 408.

F. Inadecuada integración del expediente clínico.

187. El Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales de la ONU ha sostenido que, en materia de salud, el derecho de acceso a la información *“comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud”*⁵⁰.

188. La Corte Interamericana de Derechos Humanos, ha sostenido que *“un expediente médico, adecuadamente integrado, es instrumento guía para el tratamiento médico, y fuente razonable de conocimiento acerca de la situación del enfermo, las medidas adoptadas para controlarla y, en su caso, las consecuentes responsabilidades”*⁵¹

189. La Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, prevé que el expediente clínico *“es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud. Se trata del conjunto único de información y datos personales de un paciente (...) mediante los cuales se hace constar en diferentes momentos del proceso de la atención médica, las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como describir el estado de salud del paciente; además de incluir en su caso, datos acerca del bienestar físico, mental y social del mismo (...) los cuales, el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables (...)”*⁵².

⁵⁰ Comité de Derechos del Niño de Naciones Unidas, Observación General 14, párr. 12, inciso b, fracción IV

⁵¹ Corte IDH. “Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”. Fondo, Reparaciones y Costas, 22 de noviembre de 2007, párr. 68

⁵² Prefacio y artículo 4.4 de la NOM-004-SSA3-2012.

190. En la Recomendación General 29 *“Sobre el expediente clínico como parte del derecho a la información en servicios de salud”*, esta Comisión Nacional consideró que *“la debida integración de un expediente clínico o historial clínico es una condición necesaria para que el paciente usuario del servicio de salud pueda ejercer con efectividad el derecho a estar informado para estar en condiciones de tomar una decisión consciente acerca de su salud y conocer la verdad”*⁵³.

191. El incumplimiento de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 ha sido objeto de múltiples pronunciamientos en materia de salud por este Organismo Nacional en diversas Recomendaciones⁵⁴, en las que se señalaron las omisiones del personal médico cuando las notas médicas se encuentran incompletas, son breves e ilegibles y presentan abreviaturas, no obstante que esos documentos están orientados a dejar constancia de los antecedentes de los usuarios de los servicios médicos. A pesar de las Recomendaciones emitidas, algunos médicos persisten en no dar cumplimiento a la Norma Oficial Mexicana *“Del expediente clínico”*, la cual es de observancia obligatoria para brindar una atención oportuna, responsable y eficiente a los usuarios, que se traduce en el respeto al derecho a la protección de la salud. Las instituciones de salud son solidariamente responsables del incumplimiento de la citada norma, de manera que como parte de la prevención a la que la autoridad responsable está obligada, debe tomar medidas para que la norma oficial mexicana respectiva se cumpla en sus términos.

192. En consecuencia, del análisis a los expedientes clínicos de V1, V2, V3 y V4 en el Hospital Comunitario, se advierte que en algunas de las constancias que integraron los expedientes de los menores, no se registró fecha, el nombre del médico tratante y la firma del mismo; por lo que se infringieron los lineamientos del punto 5.10 de la NOM-004-SSA3-2012, que establece: *“Todas las notas en el*

⁵³ CNDH. Recomendación General. Del 31 de enero de 2017, párr. 35

⁵⁴ Entre las que destaca la 40/2016 dirigida al Gobierno del Estado de Chihuahua.

expediente clínico deberán contener (...) nombre completo de quien la elabora, así como la firma autógrafa, electrónica o digital, según sea el caso; estas dos últimas se sujetarán a las disposiciones jurídicas aplicables (...)”.

G. Derecho a la no discriminación en el acceso a la salud de las comunidades indígenas

193. El Convenio Número 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes señala que: *“Los servicios de salud deberán organizarse, en la medida de lo posible, a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales”*.

194. El Comité de los Derechos del Niño, en su Observación General N° 11 (2009) *“insta a los Estados partes a que adopten medidas especiales para que los niños indígenas no sean objeto de discriminación en el disfrute del nivel de salud más alto posible. El Comité observa con preocupación las altas tasas de mortalidad de los niños indígenas y señala que los Estados partes tienen la obligación positiva de velar por que los niños indígenas tengan acceso a los servicios de salud en pie de igualdad, así como de luchar contra la malnutrición, contra la mortalidad en la primera infancia y en la niñez y contra la mortalidad materna.”*⁵⁵.

195. La Ley Suprema de nuestro país reconoce, en su artículo 2°, que la Nación Mexicana tiene una composición pluricultural sustentada en sus pueblos indígenas,

⁵⁵ Párrafo 50.

los que conservan sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas; dispone, además, que la Federación, los estados y los municipios deberán promover la igualdad de oportunidades de los indígenas y eliminar cualquier práctica discriminatoria, estableciendo las instituciones y las políticas necesarias para garantizar los derechos de esos pueblos. Además, establece la obligación de asegurar, entre otros derechos, el respeto a la dignidad de las mujeres y los hombres indígenas; procurar su acceso a los servicios de salud y con ello mejorar sus condiciones de vida, como se dispone en el apartado B, fracciones III, V y VIII, de este precepto constitucional.⁵⁶

196. El acceso al goce del más alto nivel posible de salud, implica el disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud, que es la exigencia de que los servicios en la materia sean apropiados médica y científicamente, esto es, que exista personal capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados, en buen estado, así como las condiciones sanitarias adecuadas⁵⁷

197. La discriminación de las comunidades indígenas debe observarse no como actos aislados o de limitada ocurrencia, por el contrario, esta es *“...estructural y sistemática en nuestro país, tiene fuertes contenidos culturales arraigados, obedece a una historia de subordinación que conduce a creer que unas personas merecen más que otras. Las bases de la discriminación deben ser erradicadas desde la raíz, sin embargo, para ello es absolutamente necesaria una transformación cultural de fondo que involucre y sea impulsada por la sociedad, el Estado y las instituciones para que a este grupo le sean reconocidos y garantizados todos sus derechos...”*⁵⁸

⁵⁶ CNDH, Recomendación General 4, ppárr. 3

⁵⁷ SCJN. Amparo en revisión 378/2014, ppárr. 11 y 12.

⁵⁸ CONAPRED. Discriminación en contra de la población indígena en México, La situación de la población indígena en México.

http://www.conapred.org.mx/index.php?contenido=noticias&id=798&id_opcion=255&op=448

198. El hecho de que los hospitales, clínicas y servicios de salud en las regiones rurales de mayor población indígena no cuenten con personal suficiente, adecuado, capacitado y con los insumos para llevar a cabo los tratamientos médicos, y que por ello no se proporcionen servicios de calidad a la población, constituyen actos de exclusión y discriminación en su contra, que derivan en el nulo acceso al goce del grado máximo de salud, un derecho fundamental de todas las personas.

199. La lejanía y el difícil acceso no puede considerarse una justificación para que los servicios de salud y hospitales se encuentren en peores condiciones que otro centro de salud que se localicen en las zonas urbanas, tal y como lo menciona en los informes proporcionados por la Secretaría de Salud del Estado de fechas 20 de julio de 2017 y de 2 de mayo de 2018, en donde señala que el Municipio de Guadalupe y Calvo es un zona de difícil acceso por las serranías y barrancas profundas en donde se encuentra, lo que dificulta brindarle a la población el acceso a oportunidades de educación, económicas, sociales y de salud.

Responsabilidad

200. Como ha quedado acreditado en la presente Recomendación, AR1, AR2, AR3 y AR4 incurrieron en responsabilidad en el desempeño de sus funciones, de acuerdo a las conductas y omisiones ya descritas en la presente Recomendación, mismas que configuraron violaciones a los derechos a la protección de la salud de V1, V2, V3 y V4 y a la vida, en agravio de V1, V2 y V3; consecuentemente, este Organismo Constitucional autónomo considera que existen evidencias suficientes para concluir que incurrieron en las siguientes conductas susceptibles de ser

investigadas en términos de la Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Chihuahua, vigente en la época en que sucedieron los hechos.

201. Si bien, tanto AR1, AR2, AR3 como médicos tratantes no contaron con todos los instrumentos suficientes en la el Hospital Comunitario, se advierte la existencia de responsabilidades individuales en la atención médica proporcionada de manera particular a V1, V2, V3 y V4, de la siguiente manera:

Autoridad Responsable	Irregularidad
AR1	<ul style="list-style-type: none"> • Indicó la aplicación de “<i>Ranitidina</i>” a V1, favoreciendo la evolución de la sepsis y pérdida de la vida de V1. • No gestionó el traslado de los menores atendidos.
AR2	<ul style="list-style-type: none"> • Omitir supervisión adecuada de AR1 en la atención médica de los menores. • Retiro de PPC a V1 sin justificación • No indicó a V1 tratamiento antibiótico oportunamente. • No indicó tratamiento antibiótico a V2 ni toma de cultivos. • No gestionó el traslado de los menores atendidos. • Inadecuadamente indicó “<i>Ranitidina</i>” a V2 favoreciendo el desarrollo de sus padecimientos. • No gestionó el traslado de los menores atendidos. • No indicó tratamiento antibiótico a V3 oportunamente. • No dio continuidad al tratamiento de antibiótico prescrito a V4. • No otorgó atención médica a la dermatitis del pañal de V4.
AR3	<ul style="list-style-type: none"> • No justificó la disminución soluciones de base a V1. • No indicó a V1 tratamiento antibiótico oportunamente. • No indicó a V2 tratamiento antibiótico oportunamente. • No indicó a V3 tratamiento antibiótico oportunamente.

	<ul style="list-style-type: none"> • No solicitó realizar cultivos a V3. • No gestionó el traslado de los menores atendidos.
AR4	<ul style="list-style-type: none"> • No gestionó insumos suficientes, personal y equipo para brindar a V1, V2, V3 y V4 una atención integral y adecuada. • No gestionó el traslado de V1, V2, y V3 de manera oportuna para una atención adecuada.

202. En lo que respecta a AR4, debido al cargo directivo que ostenta, tenía obligaciones concretas en el ejercicio de esa labor que recaen directamente en el funcionamiento del Hospital Comunitario, así lo establece el Reglamento Interior de Servicios de Salud del Estado de Chihuahua en las fracciones I a la VI del artículo 43, que estipula las obligaciones de los cargos directivos de cada hospital. Específicamente la fracción VI señala la responsabilidad de: “*VI.- Administrar y resguardar con criterios de eficiencia y eficacia los recursos materiales, financieros y humanos a su disposición*”. En este caso al no gestionar los insumos suficientes de personal y equipo, ni solicitar la adquisición de incubadora, Gasómetro (instrumento de medición de gases arterial) y el instrumento de medición de presión arterial para niñez, los cuales se requirieron durante la atención de V1, V2, V3 y V4.

Responsabilidad Institucional

203. En atención al análisis expuesto es posible concluir que las condiciones en las que el Hospital Comunitario prestaba servicios durante los hechos, distaban de ser las mínimas esenciales para garantizar el derecho a la protección de la salud de las personas de la comunidad, por lo que este Organismo Nacional concluye que implica una responsabilidad institucional, la carencia de medicamentos e insumos, insuficiencia de incubadora, falta de Gasómetro, falta de UCIN y falta de personal capacitado y suficiente, contribuyó con los riesgos que produjeron las afectaciones a la salud y a la vida de los recién nacidos víctimas en el presente caso.

204. Además, se denota la falta de planeación y organización en el Hospital Comunitario, que contraviene los estándares nacionales e internacionales en materia de salud, incluso como lo establece la fracción I del artículo 43 del Reglamento Interior de Servicios de Salud del Estado, que establece la obligación de: *“I.- Planear, organizar, supervisar y evaluar el funcionamiento del Hospital de acuerdo a la normatividad aplicable”*; por lo que, teniendo en cuenta los elementos anteriormente plasmados, este Organismo Nacional considera, que derivado de la falta de personal adscrito en el nosocomio, V1, V2, V3 y V4 recibieron atención médica por parte de personal en formación sin supervisión, lo que generó la vulneración de sus derechos humanos. Eso se constata al observar que AR3 que es médico pediatra únicamente proporcionó atención médica el 14 y 20 de mayo de 2017, coincidiendo que ambos días eran fines de semana.

205. Respecto a las declaraciones de la Secretaría de Salud del Estado en los informes presentados el 20 de julio de 2017 y 2 de mayo de 2018, en que se señaló que debido a la geografía en donde se encuentra el Hospital Comunitario, a las autoridades se les dificulta brindar a la población, el acceso a oportunidades de educación, económicas, sociales y de salud, esta Comisión Nacional considera que si bien existen complicaciones para el acceso físico a estas zonas geográficas, no pueden ser justificaciones para que el Estado incumpla su deber de garantizar los derechos de la población, más aún cuando existen elementos de vulnerabilidad por ser indígenas en condiciones de pobreza y exclusión, por lo que las acciones y medidas para la atención médica adecuada, educación de calidad y bienestar social deben ser reforzadas para garantizarles sus derechos humanos.

Reparación integral del daño.

206. De conformidad con lo establecido en los artículos 1º, párrafo tercero de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; y 44, párrafo segundo, de

la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, al acreditarse una violación a los derechos humanos atribuible a un servidor público del Estado, la Recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan para lograr la efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación de los daños y perjuicios que se hubieren ocasionado, para lo cual el Estado deberá de investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos que establezca la ley, por las violaciones a derechos humanos cometidas en su agravio y que han quedado precisadas en la presente recomendación.

207. Asimismo, de acuerdo con el artículo 3° de la Ley de Víctimas del Estado de Chihuahua en el presente caso V5, V6, V7, V8, V9 y V10 adquieren la calidad de víctimas indirectas, en razón del vínculo familiar existente de padres de V1, V2, V3 y V4, el cual propicia que sean susceptibles de un impacto en su esfera psicosocial, con motivo de las posibles alteraciones en su entorno y en su vida familiar, generadas a partir de los hechos analizados en la presente Recomendación, por lo que deberá ser considerado para efectos de la determinación de la reparación integral del daño, así como la inscripción en el Sistema Estatal de Atención a Víctimas del Delito.

Medidas de rehabilitación.

208. Debido a los efectos que la muerte de V1, V2 y V3 han generado a sus padres es necesario proporcionarles atención psicológica, esta deberá ser prestada a V5, V6, V7 y V8 y ser proporcionada por personal profesional especializado, y prestarse de forma continua hasta que alcancen su total sanación física, psíquica y emocional, a través de atención adecuada a los padecimientos sufridos, atendiendo a su edad y sus especificidades de género.

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

210. Además, se deberá dotar al Hospital Comunitario de los instrumentos, equipo, medicamentos, infraestructura, personal médico y todo aquello que garantice los estándares de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad en los servicios de salud que brinde.

b) Medidas de satisfacción.

211. Se requiere que dentro de las medidas de satisfacción y como parte de la reparación del daño ocasionado a las víctimas, las autoridades colaboren ampliamente con este Organismo Nacional en el trámite de la queja administrativa que se presente ante la instancia correspondiente en contra de AR1, AR2, AR3 y AR4, por las violaciones a los derechos humanos descritas.

c) Garantías de no repetición.

212. Éstas consisten en implementar las medidas que sean necesarias para conseguir que los hechos violatorios de derechos humanos no se repitan. En este sentido, se recomienda se diseñen e impartan en el Hospital Comunitario un curso integral y un taller de capacitación en materia de a) derecho a la protección a la salud, específicamente sobre los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad, y b) conocimiento, manejo y observancia de las normas oficiales mexicanas en materia de salud referidas en la presente Recomendación, con el objetivo de evitar que vuelvan a originarse actos como el que dieron lugar a

este pronunciamiento con especial énfasis en los temas de interés superior de la niñez e indígenas.

d) Compensación.

213. La autoridad responsable deberá indemnizar a V4, V5, V6, V7, V8, V9 y V10 por la violación a sus derechos humanos. Para ello, deberán tomar en consideración los siguientes elementos para indemnizar: 1) Derechos violados, 2) Temporalidad, 3) Impacto Bio-psicosocial, y 4) Consideraciones especiales atendiendo a las condiciones de discriminación o vulnerabilidad.

En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos se permite formular respetuosamente a usted. Señor Gobernador del Estado de Chihuahua, las siguientes:

RECOMENDACIONES.

PRIMERA. Se instauren las medidas para reparar integralmente el daño ocasionado a V4, V5, V6, V7, V8, V9 y V10, conforme a la Ley General de Víctimas, mismas que deberán incluir el pago de la indemnización, con motivo de las acciones y omisiones en que incurrió el personal médico del Hospital Comunitario, involucrado en los hechos referidos en la presente Recomendación, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Se inscriba a V4, V5, V6, V7, V8, V9 y V10, en el Sistema Estatal de Atención a Víctimas del Delito para que tengan acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación a Víctimas del estado de Chihuahua, y se remitan las constancias que acrediten su cumplimiento.

TERCERA. Que por el tiempo que se considere necesario, de acuerdo a los requerimientos de las propias víctimas, se otorgue atención psicológica de seguimiento, con oportunidad, calidad y calidez con pertinencia cultural para V5, V6, V7, V8, V9 y V10 en algún centro cercano de atención médica de la Secretaría de Salud Estatal, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

CUARTA. Se otorgue atención médica vitalicia que dé seguimiento integral sobre las complicaciones derivadas de la atención médica que se le proporcionó V4, en el Hospital Comunitario o algún centro de atención cercano, perteneciente a la Secretaría de Salud Estatal, que incluya medicamentos y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

QUINTA. En un plazo que no exceda los 6 meses se giren las instrucciones necesarias, a fin de que se establezca un programa y la previsión presupuestaria y conforme al mismo se tomen las medidas para dotar al Hospital Comunitario de los instrumentos, equipo, medicamentos, infraestructura, personal médico y todo aquello que garantice los estándares de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad en los servicios de salud que brinde y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEXTA. Se colabore ampliamente con la Comisión Nacional de los Derechos Humanos en la queja administrativa para iniciar procedimiento disciplinario en contra de AR1, AR2, AR3 Y AR4, personal médico del Hospital Comunitario de Guadalupe y Calvo ante la instancia que corresponda, por las acciones y omisiones en agravio de V1, V2, V3 y V4, en virtud de las consideraciones vertidas en esta Recomendación, remitiendo para tal efecto, las pruebas que le sean requeridas.

SÉPTIMA. El plazo máximo de 6 meses, se diseñe e imparta en el Hospital Comunitario un curso integral y un taller de capacitación en materia del derecho a la protección a la salud, específicamente sobre a) obligaciones de accesibilidad,

aceptabilidad, disponibilidad y calidad y b) conocimiento, manejo y observancia de las normas oficiales mexicanas en materia de salud, referidas en la presente Recomendación con el objetivo de evitar que vuelvan a originarse actos como el que dieron lugar a este pronunciamiento. Dichos cursos deberán impartirse por personal especializado, con enfoque intercultural y considerando el principio del interés superior de la niñez e indígenas, debiendo remitir las constancias que acrediten su cumplimiento.

OCTAVA. Girar instrucciones a quien corresponda, a efecto de que se incorporen copias de la presente Recomendación en los expedientes laborales y personales de AR1, AR2, AR3 y AR4 a efecto de que obre constancia de las violaciones a los derechos humanos en las que participaron, en agravio de V1, V2, V3 y V4; debiendo enviar las constancias de su cumplimiento.

NOVENA. Designar al servidor público de alto nivel que fungirá como enlace con esta Comisión Nacional, para dar seguimiento al cumplimiento de la presente Recomendación, y en caso de ser sustituido, deberá notificarse oportunamente a este Organismo Nacional.

214. La presente recomendación, de acuerdo con lo señalado en el artículo 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, tiene el carácter de pública y se emite con el propósito fundamental tanto de formular una declaración respecto de una conducta irregular cometida por servidores públicos en el ejercicio de las facultades que expresamente les confiere la ley, como de obtener, en términos de lo que establece el artículo 1, párrafo tercero, constitucional, la investigación que proceda por parte de las dependencias administrativas o cualquiera otras autoridades competentes para que, dentro de sus atribuciones, se apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.

215. De conformidad con el artículo 46, segundo párrafo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, solicito a usted que la respuesta sobre la

aceptación de esta recomendación, en su caso, sea informada dentro del término de quince días hábiles siguientes a su notificación. De no hacerlo así, concluido el plazo, dará lugar a que se interprete que no fue aceptada.

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

217. Cuando las recomendaciones no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o servidores público, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos quedará en libertad de hacer pública, precisamente, esa circunstancia y, con fundamento en los artículos 102, apartado B, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 15, fracción X, y 46 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, podrá solicitar a la legislatura de la entidad federativa su comparecencia, a efecto de que explique el motivo de su negativa.

EL PRESIDENTE

LICENCIADO LUIS RAÚL GONZÁLEZ PÉREZ