



RECOMENDACIÓN NO. 71/2017

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD Y A LA VIDA EN AGRAVIO DE V1, V2, V3, V4, V5, V6, V7 Y V8 MENORES DE EDAD, EN EL HOSPITAL DE LA MADRE Y EL NIÑO INDÍGENA GUERRERENSE EN TLAPA, GUERRERO; Y AL DERECHO DE ACCESO A LA JUSTICIA EN AGRAVIO DE SUS PADRES.

Ciudad de México, a 26 de diciembre de 2017

LIC. HECTOR ASTUDILLO FLORES

GOBERNADOR DEL ESTADO DE GUERRERO.

LIC. JAVIER IGNACIO OLEA PELÁEZ

FISCAL GENERAL DEL ESTADO DE GUERRERO.

Distinguido señor gobernador y distinguido señor Fiscal General:

1. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero, 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º, 3º, tercer párrafo, 6º fracciones I, II y III, 15, fracción VII, 24, fracciones II y IV, 42, 44, 46, 51 y 60 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 128 a 133 y 136 de su Reglamento Interno, ha examinado las evidencias del expediente **CNDH/4/2015/7569/Q**, relacionado con el caso de los menores V1, V2, V3, V4, V5, V6, V7 y V8.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas 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 4° párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; 147 de su Reglamento Interno y 68 fracción VI y 116 párrafos uno y dos de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública. Los datos 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 5, 6 y 7 de septiembre de 2015, se publicaron diversas notas periodísticas en medios de comunicación, en las que se divulgó el caso de la infección hospitalaria de varios recién nacidos en el Hospital de la Madre y el Niño Indígena Guerrerense (Hospital) en la Ciudad de Tlapa de Comonfort, Guerrero, (Tlapa) debido al contagio de bacterias que se propagaron por las obras de ampliación en la sala de cuidados intensivos neonatales.

4. Lo anterior, toda vez que durante julio y agosto de 2015, se presentó en el citado nosocomio un proceso de Infección Asociada a la Atención de la Salud (IAAS), en el cual se vieron involucrados un total de 20 pacientes recién nacidos en estado crítico; de los cuales, se registró el deceso de 8 de ellos con un proceso de IAAS por las bacterias “*escherichia coli*, y *acinetobacter baumannii*”, y los cuales debieron de haber sido ingresados a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales; no obstante, fueron atendidos en otras áreas no especializadas en cuidados intensivos neonatales, como lo son la Unidad de Cuidados Obstétricos, la Unidad de Urgencias Pediátricas y la Unidad de Urgencias para Adultos; los otros 14 casos fueron atendidos oportunamente y dados de alta hospitalaria sin registrarse complicación alguna.

5. En el citado nosocomio se realizaban labores de ampliación de 12 a 24 camas en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, la cual, por insuficiencia presupuestal, no había sido concluida de manera oportuna y en razón de la demanda de atención perinatal en los

meses de julio y agosto de 2015, fue necesario improvisar áreas como la Sala de Cuidados Intensivos Obstétricos con capacidad para 4 camas, adaptándola para atender hasta 8 recién nacidos, no obstante existió una demanda de atención de 32 menores que no fue posible referir a otros nosocomios del Estado al no contar éstos con espacios disponibles.

6. Con motivo del caso, el 28 de septiembre de 2015 la Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Guerrero (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 acordó en la misma fecha ejercer la facultad de atracción del asunto en comento, determinando el inicio del expediente de queja **CNDH/4/2015/7569/Q**.

7. A fin de documentar el caso, este Organismo Nacional solicitó información a la Secretaría de Salud del Estado de Guerrero, así como a las Secretarías de la Mujer, a la de la Juventud, a la Contraloría General, al Sistema Integral para el Desarrollo Integral de la Familia, en su calidad de integrantes de la Junta Directiva del Hospital, así como al Director General del mismo, requiriendo copia de los expedientes clínicos de los menores afectados y sus madres; 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.

8. Notas periodísticas de 5, 6 y 7 de septiembre de 2015 publicadas en diversos medios de comunicación, en las que se expuso el caso de contagio de menores por infección en el Hospital.

9. Acta circunstanciada de 9 de septiembre de 2015 en la que se hizo constar la entrevista realizada por este Organismo Nacional a AR1 y personal del Hospital.

- 10.** Oficio 0341/2015 de 9 de septiembre de 2015 mediante el cual AR1 rindió informe sobre el caso a la Comisión Estatal.
- 11.** Acuerdo de 28 de septiembre de 2015, de este Organismo Nacional en el que se determinó ejercer la facultad de atracción sobre el Expediente de Queja integrado en la Comisión Estatal.
- 12.** Oficio 383/2015 de 6 de octubre de 2015, mediante el cual la Comisión Estatal remitió a este Organismo Nacional el expediente de queja.
- 13.** Oficio SSA/SJ/1330/2015 de 21 de octubre de 2015, mediante el cual la Secretaría de Salud del Estado de Guerrero (Secretaría de Salud) rindió el informe requerido por este Organismo Nacional.
- 14.** Oficio DG/105/2016 de 29 de febrero de 2016 por el que el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF Estatal) rindió el informe que le fue requerido por este Organismo Nacional.
- 15.** Oficio 0114/2016 de 7 de marzo de 2016, por el que el director del Hospital rindió informe sobre el presente caso.
- 16.** Oficio SSA/SDHEL/0160/2016 de 8 de marzo de 2016, por el que la Secretaría de Salud rindió informe a este Organismo Nacional.
- 17.** Oficio SCTG-SNJDGJ-DJC-0679/2016 de 8 de marzo de 2016, por el que la Secretaría de Contraloría y Transparencia Gubernamental del Estado de Guerrero (Contraloría), informa a este Organismo Nacional, en lo esencial, que sobre el caso se inició Expediente Administrativo, a fin de iniciar las investigaciones pertinentes sobre el caso y remite copia del mismo, del cual destacan:
 - 17.1** Acta de verificación sanitaria 15-AE-12-04-3412-EV de 5 de septiembre de 2015, elaborada por la Comisión de Operación Sanitaria de la COFEPRIS.

17.2 Oficio 0360/2015 de 29 de septiembre de 2015, por el que la Subsecretaría de Regulación, Control y Fomento Sanitario (Subsecretaría de Salud), informó a AR1, sobre los resultados de la orden de verificación 15-AE-12-04-3412-EV.

17.3 Oficio DG/0427/2015 de 12 de noviembre de 2015 mediante el cual AR1 informó a la Secretaría de Salud, las acciones realizadas en atención a las anomalías encontradas en la visita de verificación 15-AE-12-04-3412-EV de 4 de septiembre de 2015, efectuada por la citada Subsecretaría de Salud.

18. Oficio SM/SP/194/2016 de 8 de marzo de 2016, mediante el cual la Secretaría de la Mujer del Estado de Guerrero rindió el informe que le fue requerido por esta Comisión Nacional.

19. Oficio SJ/109/2016 de 9 de marzo de 2016, mediante el cual la Secretaría de la Juventud y la Niñez del Estado de Guerrero rindió el informe requerido por este Organismo Nacional.

20. Oficio DADH-0209 de 11 de marzo de 2016, por el que la Secretaría General de Gobierno del Estado de Guerrero rindió el informe requerido por este Organismo Nacional.

21. Oficio SCTG-SNJ-DGJ-DJC-0486/2017, de 10 de febrero de 2017, en el que la Contraloría informó que el expediente administrativo se encuentra en integración y remitió las constancias que acreditan el seguimiento del asunto.

22. Opinión médica de este Organismo Nacional, de 21 de marzo de 2017.

23. Acta circunstanciada de 8 de junio de 2017, en la que la Contraloría informó a este Organismo Nacional que en el Expediente Administrativo se encuentra en integración, al haberse solicitado una opinión técnica a la Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Guerrero.

24. Acta circunstanciada de 22 de junio de 2017 mediante la cual la Fiscalía General del Estado de Guerrero (Fiscalía General) informó a este Organismo Nacional que inicio la Carpeta de Investigación, misma que se encuentra en trámite.

25. Copia de la carpeta de investigación iniciada el 6 de septiembre de 2015 con motivo de los hechos relacionados con el fallecimiento de V1, V2, V3, V4, V5, V6, V7 y V8, en la Fiscalía, la cual de acuerdo a la información que consta en el acta circunstanciada de 4 de diciembre de 2017 de esta Comisión Nacional, se encuentra en trámite.

III. SITUACIÓN JURÍDICA.

26. Con motivo de los hechos, la Fiscalía General, radicó la Carpeta de Investigación 12080440100052060915, por el delito de homicidio en agravio de V1, V2, V3, V4, V5, V6, V7 y V8, la cual se encuentra en integración.

27. A su vez, la Contraloría inició el Expediente Administrativo, en contra de quien resulte responsable, por las presuntas irregularidades administrativas derivadas de los hechos, el cual se encuentra en integración, al haberse solicitado una opinión técnica a la Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Guerrero.

IV. OBSERVACIONES.

- **Consideraciones contextuales.**

28. Previo al estudio, desarrollo y análisis del caso, este Organismo Nacional considera importante analizar diversos aspectos que permiten conocer la situación contextual de la población de Guerrero, en particular de la localidad de Tlapa, con la finalidad de delimitar la dimensión de las violaciones a derechos humanos.

29. De acuerdo con el Informe Anual sobre la Medición de Pobreza 2017 del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, el Estado de Guerrero presenta las siguientes características socio-demográficas:

29.1. La Población total de la entidad en 2015 fue de 3,533,251 personas.

29.2. En 2014, el 65.22 por ciento de la población se encontraba en situación de pobreza y 24.45 por ciento en pobreza extrema.

29.3. En 2015, la población de 15 años o más analfabeta ascendió a 1,441,829 personas, de las cuales, 31 % está en Zona de Atención Prioritaria (ZAP) urbanas, el 69 por ciento está en ZAP rurales.

29.4. La población sin servicio de salud a nivel nacional en el Estado descendió de 46.14% en 2010 a 14.86 en el 2015, con lo cual se observa que la mayor disminución en puntos porcentuales se dio justamente en el acceso a estos servicios, lo que representa una disminución del 31.3%.

29.5. De 2000 al 2015, el Estado de Guerrero pasó del tercer al segundo lugar en la escala nacional de rezago social, presentando en el 2015 un r zago educativo del 26.91%, con una carencia de acceso a los servicios de salud del 14.98%, además de que un 13.88% de su población total vivía en casas con pisos de tierra, careciendo un 15.14% de los mismos de acceso al agua entubada y 16.28% de servicios de drenaje

30. El municipio de Tlapa se ubica en la Región de la Montaña, a 180 kilómetros de la capital del estado. De acuerdo con los indicadores sociodemográficos de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, se considera un municipio indígena con un grado de marginación alto, una población total de 81,419 habitantes, de los cuales 61,446 son indígenas, que representan el 75.46 % del total de la población del municipio, en su mayoría hablantes de la lengua náhuatl, mixteco y tlapaneco. El municipio en general representa rezago en diferentes indicadores socioeconómicos, como en asistencia escolar y alfabetismo, actividades económicas y vivienda, entre otros rubros.

31. El Instituto Nacional para el Federalismo y el Desarrollo Municipal, reveló los siguientes datos respecto del Municipio de Tlapa, en cuanto a los indicadores de marginación:

Indicadores de Marginación, 2010	
Indicador	Valor
Índice de marginación	0.52760
Grado de marginación	Alto
Índice de marginación de 0 a 100	33.63
Lugar a nivel estatal	54
Lugar a nivel nacional	738

32. Por lo que corresponde de manera particular a las labores que realiza el Hospital, es pertinente destacar, de acuerdo con información proporcionada por la propia entidad hospitalaria, que ésta inició sus actividades en 2005 con el objetivo de disminuir la alta mortalidad materna en la Región de la Montaña, con una población distribuida en los 19 municipios de esa Región. El 79% de la población que se atiende es indígena, hablante de tres lenguas maternas originales: mixteca, tlapaneca y náhuatl.

33. De lo anterior, esta Comisión Nacional advierte que los habitantes del municipio de Tlapa se encuentran en un alto grado de vulnerabilidad, al carecer de los servicios básicos, por lo que son susceptibles de estar en mayor riesgo. Dicha situación se potencia en las víctimas del caso en análisis, por la condición en que se encuentran al ser recién nacidos, indígenas y que el nivel de marginación que sufren es muy alto.

34. También es oportuno establecer que la atención de la salud materna, es un tópico que debe ser abordado con perspectiva de género, es decir, al tratarse de mujeres en estado de embarazo, el presente caso debe analizarse atendiendo a aquellas construcciones culturales y sociales que históricamente han establecido patrones de desigualdad y desventaja para las mujeres en lo referente al ejercicio de sus derechos, de manera esencial respecto a sus derechos humanos, y particularmente en ámbitos como el de la salud en el que la subordinación entre el personal de médico y las mujeres, en algunas circunstancias se ha normalizado y resulta frecuente. Por tanto, esta Comisión Nacional asume que el género.

35. En ese sentido, esta Comisión Nacional ha acotado sobre las particularidades que limitan el acceso a servicios de salud de manera integral y con calidad para las mujeres indígenas en el Informe Especial *“El Derecho a la protección de la salud de las mujeres indígenas en México”* retomando que se ha demostrado la existencia de desigualdades entre la población indígena frente a la no indígena, tanto en condiciones de vida como en perfil epidemiológico y expectativas de vida.

36. Al respecto en el citado informe se destaca que *“El análisis desde los determinantes sociales se refiere a los derechos humanos en la medida en que las brechas entre hombres y mujeres, así como entre población indígena y no indígena son el resultado de la desigualdad estructural entre ellos y de un escenario social caracterizado por su injusticia. Por lo anterior, en este análisis interesa identificar las sinergias entre condiciones adversas que ponen en situaciones de vulnerabilidad a determinados grupos de población, particularmente los de mujeres indígenas”*.

37. En atención a los hechos y al conjunto de evidencias del expediente **CNDH/4/2015/7569/Q**, en términos de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, a continuación, se realizará el siguiente análisis: **1.** Derecho a la protección de la salud de V1, V2, V3, V4, V5, V6, V7 y V8 y **2.** Derecho a la vida de V1, V2, V3, V4, V5, V6, V7 y V8 y **3.** El interés superior de la niñez; y **4.** Derecho de

acceso a la justicia de V9, V10, V11, V12, V13, V14, V15, V16, V17, V18, V19, V20, V21, V22, V23, V24.

1.- DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD.

a) Incumplimiento de la obligación progresiva del Estado de garantizar el disfrute más alto posible y las obligaciones de disponibilidad, accesibilidad y calidad en los servicios de salud.

38. La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos reconoce en el artículo 4° 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, la máxima norma del país articula de manera especial este derecho cuando se trata de grupos específicos, así, 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”*. Asimismo, en los artículos 3, 4 y 6 fracción IV de la Constitución del Estado de Guerrero; y 1 a 7 fracciones uno y dos (enunciativamente) de la Ley de Salud del Estado de Guerrero (212).

39. 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 mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños; b) El*

mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente; c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas; [y] d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad”.

40. 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, entendido *“como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social”*, destacando dos cuestiones fundamentales como obligaciones del Estado: 1) *“La atención primaria de la salud, entendiéndose como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad”*, y 2) *“La satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables”*.

41. Asimismo, las actuaciones del Estado deben basarse en el interés superior de la niñez de conformidad con el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos que establece: *“en todas las decisiones y actuaciones del Estado se velará y cumplirá con el principio del interés superior de la niñez [...] este principio deberá guiar el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de las políticas públicas dirigidas a la niñez”*, y todas aquellas acciones de cualquier naturaleza que se implementen para proteger los derechos de niñas, niños y adolescentes. De igual forma, este principio regulador de la normativa de los derechos de las niñas y los niños se funda en la dignidad misma del ser humano, en las características propias de los niños y las niñas, y en la necesidad de propiciar el desarrollo de éstos, con pleno aprovechamiento de sus potencialidades. En el mismo sentido, conviene observar que para asegurar, en la mayor medida posible la prevalencia del interés superior del niño, *“el preámbulo de la Convención sobre los Derechos del Niño establece que éste requiere “cuidados especiales”*, y el artículo 19 de la

Convención Americana Sobre Derechos Humanos señala que debe recibir *“medidas especiales de protección”*¹

42. 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*”.

43. La protección a 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, 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[...]*”², 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 del mundo y las dificultades que implica para cada país asegurar la plena efectividad de los derechos económicos, sociales y culturales*”³.

44. 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,*

¹ CrIDH. “Caso González Lluy y otros Vs. Ecuador”. *Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 1 de septiembre de 2015, párr. 268.

² SCJN. Tesis constitucional. “SALUD. DERECHO AL NIVEL MÁS ALTO POSIBLE. ÉSTE PUEDE COMPRENDER OBLIGACIONES INMEDIATAS, COMO DE CUMPLIMIENTO PROGRESIVO”. Semanario Judicial de la Federación noviembre de 2014, registro 2007938.

³ Idem.

*medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados, en buen estado, así como las condiciones sanitarias adecuadas*⁴.

45. Atendiendo a lo anterior, en el análisis del caso expuesto se conoció de la información aportada por el Hospital que por la alta incidencia de atención de partos pretérmino, y ante la falta de capacidad suficiente para su atención, se había gestionado la ampliación de la Unidad de Cuidados Intensivos de 12 a 24 camas, con un recurso del Sistema Nacional de Protección Social en Salud de \$4,600,000.00 (Cuatro millones seiscientos mil pesos 00/100 m.n.), iniciando los trabajos en abril de 2015, con el compromiso de concluirlos en dos meses, pero debido a la insuficiencia de recursos económicos, no se logró el objetivo en la fecha prevista.

46. Sobre este aspecto, esta Comisión Nacional ha puntualizado que *“es fundamental recordar que el derecho a la salud no es sólo un objetivo programático a largo plazo. El hecho de que la salud deba ser un objetivo programático tangible no significa que no se deriven de él obligaciones inmediatas para los Estados. Éstos deben hacer todo lo posible, dentro de los límites de los recursos disponibles, para hacer efectivo el derecho a la salud, y adoptar medidas en ese sentido sin demora. Las dificultades económicas de un país no le eximen de la obligación de adoptar medidas que garanticen el disfrute del derecho a la salud”*⁵, por lo que la deficiencia presupuestal descrita por la autoridad no puede ser utilizado para justificar las irregularidades que se analizan en la presente Recomendación.

47. Asimismo, se puntualiza que este retardo en el cumplimiento de las labores programadas de remodelación, generó, en principio, que las condiciones e infraestructura del Hospital en el periodo en el que se suscitaron los hechos, no fueran adecuadas y

⁴ SCJN. Amparo en revisión 378/2014, pp. 11 y 12, y CNDH. Recomendación 18/2016, *“Sobre el caso de los menores de edad vacunados en la entonces unidad médica rural “La Pimienta”, en el municipio de Simojovel, Chiapas”*, 29 de abril de 2016, párr. 87.

⁵ Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. *“El derecho a la salud”*, folleto informativo 31, 2008, págs. 6 y 7; y CNDH. Recomendación 18/2016, párr. 101.

suficientes para la debida atención médica de V1, V2, V3, V4, V5, V6, V7 y V8, tal y como se analizará en el presenta apartado.

48. En ese sentido, las condiciones de ingreso al nosocomio de las madres de los menores y del nacimiento de éstos se suscitó en las siguientes circunstancias:

	CLAVE Y EDAD DE LA MADRE	FECHA DE INGRESO Y PROCEDENCIA	SEMANAS DE GESTACIÓN	MENOR	FECHA DE NACIMIENTO
1	V14 22 años	12 de junio de 2015, a las 10:45 horas	<i>Embarazo gemelar de 35 sgd x fum / 30 sgd x usg</i>	V2	12 de junio de 2015, a las 21:50 horas
2	V13 28 años	9 de julio de 2015, a las 22:51 horas Unidad médica de Cochoapa	<i>multigesta con embarazo de 40 SDG x FUM + Trabajo de parto en fase activa</i>	V4	9 de julio de 2015, a las 23:55 horas.
3	V9 45 años	19 de julio de 2015, Hospital Básico Olinalá, a las 17:14 horas	<i>Multigesta:7 Para:6 FUM con Embarazo de 33.3 sgd + Normohidramnios, Perfil hemodinámico con síndrome de Down y de pretermino por lo que se decide su ingreso a UCIN</i>	V5	20 de julio de 2015, a las 01:30 horas
4	V11 15 años	21 de julio de 2015, a las 14:36 horas	<i>Embarazo de 35 semanas x fum / 31.3 sgd x usg traspollado / sin trabajo de parto / rotura de membranas de 9 hrs/pb</i>	V1	21 de julio de 2015, a las 21:36 horas
5	V16 De 17 años de edad	7 de agosto de 2015, a las 18:40 horas	<i>Embarazo de 29 SDG x FUR + Trabajo de Parto Fase activa + Pb malformación fetal</i>	V8	8 de agosto de 2015, a las 16:56 hrs
6	V15 19 años	8 de agosto de 2015, a las 13:30 horas.	36 SDG	V3	8 de agosto de 2015 a las 14:10 horas
7	V10 de 21 años	8 de agosto de 2015, a las 19:30 horas.	<i>PRIMIGESTA con un embarazo de 31.6 SDG X FUM</i>	V6	08 de agosto de 2015, a las 22:45 horas.
8	V12 De 44 años	11 de Agosto de 2015, a las 19:54 horas	<i>embarazo de 36 SDG x USG</i>	V7	12 de Agosto de 2015 a las 06:45 hrs

49. Esta Comisión Nacional constató que 8 niños presentaron signos de infección de contagio de recién nacidos en el Hospital, por las bacterias denominadas “*escherichia coli*”, y “*acinetobacter baumannii*” durante julio y agosto de 2015, al tenor del siguiente esquema:

	Clave	Sexo	Causa de muerte (Acta de defunción)	Fecha de defunción	Diagnóstico	Consecuencia
1	V1	Masculino	Choque séptico, sepsis grave, trombocitopenia severa y pretermino	3 de agosto de 2015, a las 21:00 horas.	Choque séptico por Escherichia Coli	Pérdida de la vida
2	V5	Femenino	Choque mixto, sepsis grave, tromocitopenia severa y hipertensión pulmonar	03 de agosto de 2015, a las 03:30 horas.	Sepsis por Escherichia Coli	Pérdida de la vida
3	V4	Masculino	Choque cardiogénico, derrame pericárdico, sepsis grave y hipokalemia	4 de agosto de 2015, a las 16:45 horas.	Choque cardiogénico, derrame pericárdico, sepsis grave y hipokalemia (patología biliar)	Pérdida de la vida
4	V2	Masculino	Acidosis metabólica severa, choque mixto, sepsis grave y trombocitopenia severa	5 de agosto de 2015, a las 14:45 horas.	Sepsis por Klebsiella Pneumoniae	Pérdida de la vida
5	V3	Femenino	Hemorragia cerebral catastrófica no traumática, sepsis grave sin germen aislado, asfixia severa y desequilibrio electrolítico	12 de agosto de 2015, a las 13:50 horas.	Presencia de Escherichia Coli	Pérdida de la vida
6	V8	Masculino	Hiperkalemia severa, hipocalcemia severa, acidosis refractaria, insuficiencia renal, asfixia perinatal severa y prematuridad (30 semanas de gestación)	12 de agosto de 2015, a las 12:55 horas.	Sepsis por Escherichia Coli	Pérdida de la vida

	Clave	Sexo	Causa de muerte (Acta de defunción)	Fecha de defunción	Diagnóstico	Consecuencia
7	V7	Masculino	Choque séptico, sepsis secundaria a Escherichia Coli y Acinetobacter baumannii, síndrome de dificultad respiratoria, neumotórax por bilateral, asfixia leve recuperada y prematuridad	21 de agosto de 2015 a las 11:40 hrs	Sepsis por Escherichia Coli y Acinetobacter baumannii	Pérdida de la vida
8	V6	Masculino	Choque séptico, sepsis por Escherichia Coli, neumonía nosocomial, hemorragia pulmonar, desequilibrio hidroelectrolítico y prematuridad (no consta acta de defunción)	1 de septiembre de 2015, a las 07:35 horas.	Sepsis por Escherichia Coli	Pérdida de la vida

50. Con el propósito de atender a los menores víctimas del contagio, al no encontrarse habilitada la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, el Hospital improvisó áreas como la Sala de Cuidados Intensivos Obstétricos con capacidad para 4 camas y se adaptó para atender hasta 8 recién nacidos, sin embargo, durante el periodo en que ocurrieron los hechos, existía una demanda de atención de 32 pacientes recién nacidos prematuros y/o complicados, que no pudieron ser trasladados a otros hospitales debido a la falta de espacio para atender a los neonatos; por lo que su tratamiento se llevó a cabo en el citado nosocomio.

51. El Hospital refirió en su informe que durante los hechos, tuvo una población expuesta de 32 recién nacidos hospitalizados, de los cuales 20 cursaron un proceso de IAAS en estado crítico, por lo que fueron atendidos en la Unidad de Cuidados Intensivos Obstétricos, habilitada como Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, registrándose el deceso de 8 de ellos. La Secretaría de Salud agregó que diariamente fueron atendidos 7 menores en promedio, no obstante, la capacidad máxima de la Unidad referida era de 4 pacientes.

52. El Hospital por su parte, refirió *“que durante la problemática de atención en los meses de julio y agosto de 2015, se presentó un proceso de IAAS, viéndose involucrados un total*

de 20 pacientes recién nacidos en estado crítico, de una población expuesta de 32 recién nacidos hospitalizados en áreas críticas, con 12 decesos de los cuales 4 fueron por prematuridad extrema, mientras que 8 cursaron con un proceso de IAAS, aunque sólo 3 tuvieron como causa principal de muerte la relacionada a la IAAS”.

53. En razón de lo anterior, esta Comisión Nacional considera que la muerte de los 8 neonatos durante julio, agosto y septiembre en la contingencia por la IAAS, se produjo porque la sala de Cuidados Intensivos Neonatales que debía atender a los recién nacidos, estaba inhabilitada por motivos de ampliación, teniendo por consiguiente una nula capacidad de respuesta ante la emergencia médica; más aún el nosocomio dispuso de espacios en otras áreas que no contaban con la capacidad, especialización, ni el abastecimiento de medicamentos, para brindar un adecuado tratamiento a los pacientes, por no contar con los requerimientos para la atención integral de cada uno de los menores, mismos que no fueron satisfechos al incumplirse las obligaciones de infraestructura y atención mínimas en cada paciente, mismos que se analizarán de manera específica a continuación:

Caso de V1.

54. En este caso, como se desprende del expediente clínico de V11, madre de V1, el parto se suscitó debido a la ruptura de membranas que presentaba la paciente en condiciones normales el 21 de julio de 2015. A su nacimiento, V1 presentó síndrome de dificultad respiratoria y ante la falta de espacios en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) para ser intubado, fue ingresado a Unidad de Urgencias Pediátricas; situación que fue enfatizada por la opinión médica de este Organismo Nacional, dado que presentaba alto riesgo de sepsis y requería ingreso a UCIN, sin embargo fue trasladado a la Unidad de Urgencias Pediátricas de manera inadecuada, por no contar ésta con el equipamiento para su debida atención, en vez de referirlo a otro nosocomio que sí contara con la infraestructura necesaria.

55. A las 11:55 horas, V1 presentó síntomas compatibles con sepsis por *escherichia coli*; por lo que se le prescribió tratamiento antibiótico y continuó con síndrome de dificultad respiratoria siendo el caso que la ruptura prematura de membranas, al tratarse de un recién nacido pretérmino, el síndrome de dificultad respiratoria y trombocitopenia desencadenaron el choque séptico por *escherichia coli*, y al encontrarse atendido en un lugar inadecuado para su atención, las condiciones hospitalarias favorecieron la citada infección, perdiendo la vida el 3 de agosto a las 21:00 horas.

Caso de V2.

56. El 12 de junio de 2015 a las 10:45 horas, V14, madre de V2 ingresó al Hospital al presentar dolor abdominal y embarazo gemelar de 30.4 semanas de gestación, con alto riesgo de parto pretérmino, secreción vaginal y cervicovaginitis, recibiendo tratamiento hasta el nacimiento de ambos menores el 12 de junio de 2015 a las 21:50 horas.

57. V2 nació con bajo peso, dificultad respiratoria moderada y disfunción moderada; se determinó su ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos Obstétricos ante la carencia de UCIN, y el 13 de junio de 2015 a las 11:35 horas fue valorado y se determinó que presentaba sepsis sin germen aislado. Durante su estancia en el nosocomio fue atendido, pero al contar con los diagnósticos de síndrome de dificultad respiratoria, desequilibrio electrolítico, enfermedad hemorrágica del recién nacido, sepsis sin germen aislado y recién nacido pretérmino, su estado de salud era grave, por lo que permaneció en atención dentro del nosocomio ante el proceso infeccioso por la bacteria *klebsiella pneumoniae* que cursaba, siendo así que el 5 de agosto de 2015, a las 14:45 horas, perdió la vida. En la opinión médica de este Organismo Nacional, la estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos Obstétricos, fue una condición que aumentó la probabilidad de infección del menor para brindarle la debida atención médica, al no tratarse de un área apropiada.

Caso de V3.

58. V15, ingresó al Hospital el 8 de agosto de 2015, con un embarazo de 36 semanas de gestación de alto riesgo y síntomas de trabajo de parto, suscitándose el alumbramiento de V3 a las 14:10 horas del día referido, siendo una recién nacida pretérmino. Después de su nacimiento presentó aspiración de líquido meconial, además de un cuadro infeccioso a nivel respiratorio desencadenado por factores tales como prematurez y falta de control prenatal, recibiendo atención en el Área de Urgencias para Adultos, donde V3 perdió la vida a las 13:50 horas del día 12 de agosto de 2015. La opinión médica de este Organismo Nacional destacó que la estancia en el área de Urgencias para Adultos fue condicionante para el desarrollo del cuadro séptico que presentó V3, pues no contaban con la capacidad, especialización, ni el abastecimiento de medicamentos, para brindar un adecuado tratamiento.

Caso de V4.

59. El 9 de julio de 2015, a las 22:51 horas, V13 ingresó al hospital, al ser referida del Centro de Salud en el municipio de Cochoapa, con dolor de tipo obstétrico y salida de meconio, riesgo de infección, además de una frecuencia cardíaca fetal de 169 latidos por minuto, indicio de sufrimiento fetal agudo, suscitándose el nacimiento de V4 a las 23:55 horas del mismo día, presentando dificultad respiratoria, por lo que se determinó su intubación endotraqueal. Además presentó hepatomegalia, ausencia de vesícula biliar, y un derrame pericárdico moderado; por lo que en opinión médica de este Organismo Nacional, debido a tales complicaciones, V4 debió ser trasladada al siguiente nivel de atención, sin embargo, esto no se llevó a cabo y fue tratada en el Área de Urgencias para Adultos.

60. Además, durante su atención se reportó falta de concentrados plaquetarios que se requerían para su tratamiento, lo que es indicio de la escasez de insumos en el Hospital, lo que aunado al ingreso al Área de Urgencias para Adultos fueron factores determinantes en la pérdida de la vida de V4, según la opinión médica de este Organismo Nacional.

61. V4 permaneció en el Hospital sin ser trasladado al tercer nivel de atención y el 29 de julio de 2015 se identificó que presentaba infección por la bacteria *acinetobacter baumannii*.

Las complicaciones antes descritas evolucionaron, deteriorando el estado de salud de V4, siendo el caso que el 4 de agosto de 2015, a las 16:45, se declaró su fallecimiento estableciéndose como causas de muerte “*choque pericárdico, derrame pericárdico, sepsis grave e hipocalemia*”.

Caso de V5.

62. V9, de 45 años de edad, cursaba su séptimo embarazo de 33.3 semanas de gestación y el 19 de julio de 2015 ingresó a las 17:14 horas al Hospital referida desde el Hospital Básico de Olinalá, al presentar tensión arterial alta (180/100) disminución de plaquetas en la sangre, hipoglucemia y proteínas en orina, con un diagnóstico de preeclampsia. En el Hospital, se confirmó el cuadro de preeclampsia severa e hiperglucemia y se inició el seguimiento de estos padecimientos, por lo que el 20 de julio de 2015 se determinó practicar una cesárea, suscitándose el nacimiento de V5.

63. V5 presentó síndrome de Down al nacer, y se determinó su ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos Obstétricos, en donde además cursó inicialmente con síndrome de dificultad respiratoria debido a su prematurez, donde permaneció para su tratamiento y el 24 de julio de 2014 se diagnosticó que cursaba con sepsis sin germen aislado, siendo atendido mediante antibióticos, determinándose la presencia de la bacteria *escherichiacoli*, y la sepsis generada evolucionó a pesar de los tratamientos aplicados. Durante su estancia en el nosocomio el 26 y 31 de julio, 1 y 2 de agosto de 2015, requirió la transfusión de concentrados plaquetarios, los cuales no se le administraron de forma indicada, por no contar con ellos, lo que en la opinión médica de este Organismo Nacional es indicativo de que el Hospital no contaba con insumos necesarios.

64. V5 permaneció internado en el Hospital hasta el 3 de agosto de 2015, cuando presentó un paro cardiorespiratorio, determinándose la hora de su muerte a las 3:30 horas del día referido por choque hipovolémico, sepsis grave, trombocitopenia severa e hipertensión pulmonar. En la opinión médica de este Organismo Nacional, la exposición postnatal en la Unidad de Cuidados Intensivos Obstétricos, procedimientos invasivos

realizados para su diagnóstico y tratamiento, así como la reiterada falta de los concentrados plaquetarios en el Hospital, contribuyó al deterioro irreversible del estado clínico de V5 hasta su deceso.

Caso de V6.

65. V10, cursaba su primer embarazo de 29 semanas de gestación y el 8 de agosto de 2015 a las 19:30 horas, asistió al Hospital al presentar salida de líquido amniótico y dolor tipo cólico, determinándose que presentaba ruptura de membranas, suscitándose el nacimiento de V6 a las 22:45 horas de esa fecha.

66. Con posterioridad a su nacimiento, V6 presentó síndrome de dificultad respiratoria secundaria a enfermedad de membrana hialina, hipotrofia y probable sepsis temprana; durante su estancia se prescribió tratamiento a base de antibióticos y posteriormente cursó con un cuadro de neumonía nosocomial que evolucionó e hizo necesaria su permanencia en el nosocomio. En la opinión médica de este Organismo Nacional se destacó que presentó trombocitopenia severa, lo que hacía necesaria la administración de concentrados plaquetarios a V6 el 15 de agosto de 2015; sin embargo el Hospital no contaba con la cantidad suficiente de los citados insumos, mismos que durante su estancia en el nosocomio no le fueron aplicados de acuerdo a las indicaciones médicas (cada 8 horas).

67. El 25 de agosto V6 presentó índices de sepsis y aislamiento positivo a *escherichia Coli* y a pesar de encontrarse bajo un esquema de doble antibiótico y del manejo otorgado, durante su estancia en el nosocomio existieron factores que complicaron su estado clínico (exposición vía vertical, estancia postnatal en el Área de Urgencias de Adultos, procedimientos invasivos para diagnóstico mecánico no funcional y la falta de insumos como plasma fresco congelado y concentrados plaquetarios), lo que contribuyó al deterioro irreversible, provocando la pérdida de la vida de V6 el 1 de septiembre de 2016 a las 07:35 horas.

Caso de V7.

68. V12, mujer de 44 años, ingresó al Hospital el 11 de agosto de 2015 a las 19:54 horas con un embarazo de 36 semanas de gestación, de alto riesgo, presentando sangrado transvaginal de 3 días de evolución; el 12 de agosto de 2015 se le practicó una cesárea, suscitándose el nacimiento de V7, a las 06:45 horas.

69. V7 presentó talla y peso bajos con posterioridad a su nacimiento, así como síndrome de dificultad respiratoria, por lo que fue ingresado para su atención al Servicio de Urgencias de Pediatría, siendo este en la opinión médica de este Organismo Nacional, un espacio inapropiado para su atención, por no contar con el equipo especializado para su debida atención.

70. El 15 de agosto de 2015 el hemocultivo practicado a V7 reportó positivo a *escherichia Coli* y se le aplicó un tratamiento a base de doble antibiótico, el 16 de agosto se agregó al diagnóstico la presencia de *acinetobacter baumannii*, permaneciendo en tratamiento ante las complicaciones presentadas; sin embargo no fue posible el restablecimiento de su estado de salud, por lo que el 21 de agosto de 2015, a las 11:40 horas, se declaró su fallecimiento con diagnóstico de sepsis por *escherichia coli* y *acinetobacter baumannii*, síndrome de dificultad respiratoria secundario, síndrome de adaptación pulmonar, asfixia leve recuperada, trombocitopenia severa, enfermedad hemorrágica del recién nacido, hiperbilirrubinemia multifactorial y neumotórax bilateral.

Caso de V8.

71. V16 de 17 años de edad ingresó al Hospital el 7 de agosto de 2015 a las 18:40 horas, con un embarazo pretérmino de 29.5 semanas de gestación, y trabajo de parto en fase latente, suscitándose el nacimiento de V8 a las 16:56 horas del 8 de agosto de 2015; a su nacimiento presentó lesiones traumáticas, signos clínicos de depresión y dificultad respiratoria, por lo que fue ingresado a la Unidad de Cuidados Intensivos Obstétricos (área inadecuada para su tratamiento), donde se le brindó atención, respecto a las múltiples

complicaciones que presentaba, sin embargo las mismas no pudieron ser controladas, por lo que el 12 de agosto se suscitó su fallecimiento a las 12:55 horas; con un diagnóstico de paro cardiorespiratorio, acidosis metabólica, hiperkalemia, hipocalcemia, asfixia perinatal severa, nefropatía hipoxicoisquémica, cardiopatía hipoxicoisquémica, encefalopatía hipoxicoisquémica, hemorragia intraventricular grado II y lesiones inherentes a la vía del nacimiento (trauma perinatal equimosis biparietal, miembro torácico derecho y abdomen; destacándose que de los resultados del hemocultivo que le fue practicado se constató que presentaba sepsis temprana por *escherichia coli*, puntualizándose en la opinión médica de este Organismo Nacional, que las áreas habilitadas para su atención fueron inapropiadas, lo que favoreció el riesgo de infección latente en el recién nacido.

72. Del análisis realizado, se observa que en los 8 casos existió una coincidencia sobre la existencia de padecimientos, complicaciones y condiciones asociadas a la prematurez y particularidades del nacimiento de los recién nacidos que ameritaban una atención especializada en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, misma que no se les brindó de manera integral debido a las condiciones inadecuadas en las que se encontraban las instalaciones del Hospital, ello debido al incumplimiento de las autoridades en la conclusión de las obras realizadas en el nosocomio por insuficiencia de recursos económicos, situación que incidió de manera directa en el seguimiento médico de los recién nacidos, quienes fueron atendidos en áreas médicas que no presentaban los requerimientos de higiene, infraestructura, equipamiento e insumos necesarios para una atención con calidad y calidez, lo que favoreció que se encontraran expuestos a condiciones propicias para el contagio de las bacterias *escherichia coli* y *acinetobacter baumannii*, omitiendo con ello garantizar el derecho a la protección de la salud de V1, V2, V3, V4, V5, V6, V7 y V8.

73. La insuficiencia de recursos médicos de calidad para garantizar la atención integral de la población que solicitaba los servicios del Hospital, se agudiza al valorar que, como se ha contextualizado previamente, la población que ingresa a ese nosocomio presenta en su mayoría condiciones de pobreza, lo cual le impide acceder a otras alternativas de atención médica ante la falta o insuficiencia en los servicios públicos de salud.

74. En relación con las condiciones físicas que prevalecían en el Hospital, y su correspondencia con el contagio de los recién nacidos, cabe destacar que, con motivo de los hechos, el 4 de septiembre de 2015, la Subsecretaría de Salud, realizó la visita de verificación 15-AE-12-04-3412-EV en el Hospital, misma que arrojó entre otros, los siguientes resultados:

74.1. *“No se mostraron evidencias documentales de los registros para la vigilancia epidemiológica de notificación obligatoria de enfermedades infecto contagiosas.*

74.2. *El establecimiento no realiza un informe mensual de casos de infecciones nosocomiales.*

74.3. *El nosocomio cuenta con un área en ampliación y remodelación, pero no cuenta con permiso sanitario de construcción.*

74.4. *No se realiza la clasificación adecuada de Residuos-peligrosos-biológico-infecciosos en las diferentes áreas del hospital.*

74.5. *La farmacia del establecimiento no cuenta con la dotación suficiente de medicamento e insumos para la operatividad.*

74.6. *Las cortinas antibacteriales del área de urgencias no son utilizadas de manera adecuada.*

74.7. *Cuenta con programa de trabajo, capacitación y lineamientos para disminuir los riesgos en los procedimientos realizados, así como el lavado de manos, sin embargo, no todo el personal realiza adecuadamente la higiene de manos.*

74.8. *No cuenta con área de curaciones, se realizan en el área de urgencias.*

74.9. *No cuenta con lavabo específico para el personal en el servicio de urgencias, se utilizan los de los consultorios.*

74.10. *No cuenta con servicio de Terapia Intensiva...se han habilitado otras áreas para llevar a cabo dichos servicios violando totalmente la normatividad sanitaria vigente.*

74.11. *“Utiliza el servicio de Urgencias para alojamiento conjunto, y un área dividida solamente con cortinas antibacteriales para atención de un neonato prematuro nacido fuera del hospital, así también no cuentan con personal suficiente para la operación de las mismas”.*

75. Las citadas irregularidades demuestran la insuficiencia de medidas sanitarias, de higiene, falta de insumos e infraestructura adecuados, lo que se traduce en el incumplimiento por parte de las autoridades del Hospital para garantizar el disfrute más alto posible del derecho a la protección de la salud; es decir, al momento de los hechos eran evidentes las condiciones inadecuadas del Hospital, mismas que perduraban durante septiembre de 2015 y que, en consideración de este Organismo Nacional, favorecieron el riesgo de contagio en los menores, durante el proceso de infección suscitado en el periodo de julio y agosto de 2015.

76. Si bien del informe rendido por la autoridad de salud se conoció que las irregularidades detectadas fueron corregidas, las mismas existían durante los hechos, lo que permite considerar que influyeron de manera directa en la afectación de la salud de los recién nacidos.

77. Lo anterior encuentra también sustento en la opinión médica de este Organismo Nacional, en la cual se concluyó, del análisis realizado a los expedientes clínicos de V1, V2, V3, V4, V5, V6, V7 y V8 y las constancias del caso, que el espacio al que fueron ingresados fue inapropiado para su atención ya que se adecuaron las áreas de urgencias de adultos, urgencias pediátricas, cuidados intensivos obstétricos y sala de labor, lo que aumentó el riesgo de infección latente.

78. En la citada opinión médica se estableció que no se puede determinar el origen, el momento ni el mecanismo de entrada de los agentes patógenos al organismo de V1, V2,

V3, V4, V5, V6, V7 y V8, pues presentaron múltiples factores de riesgo para ello, pero al no contar con espacio adecuado para su atención aunado a la falta de insumos y medidas higiénicas apropiadas para la prevención del contagio por parte del Hospital, se encontraba indicado el traslado de los recién nacidos a otro hospital, por tanto, a pesar de que AR1 manifestó que no encontró espacio en ningún nosocomio del Estado, en los referidos expedientes clínicos no existe constancia de las solicitudes realizadas para el traslado de los menores.

79. Del análisis realizado sobre la información remitida por la Secretaría de Salud, se observó que derivado del IAAS, se realizó en el Hospital un estudio de brote epidemiológico, en el que se refirió: “...Análisis epidemiológico. Antecedentes epidemiológicos del brote... falta de recurso humano (enfermeras), desabasto de insumos, falta de vigilancia epidemiológica (no se contaba con recurso humano que desempeñara esta función) ...”. Derivado de lo mencionado se concluyó que aunque es cierto que los ocho recién nacidos ameritaron ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), el espacio habilitado fue inapropiado para su atención; ello aunado a la falta de personal y otros recursos que se destacaron en el citado documento, lo que proporciona a esta Comisión Nacional mayores elementos que constatan las condiciones inadecuadas en las que se prestó el servicio médico en el nosocomio a los recién nacidos en condición crítica, traduciéndose en una responsabilidad institucional.

80. El 9 y 10 de septiembre de 2015, personal de este Organismo Nacional realizó una visita al Hospital, donde pudo observar sus instalaciones y que los recién nacidos delicados se encontraban en otras áreas y no en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, que era la adecuada para su atención, la cual estaba en remodelación desde el 21 de abril de 2015.

81. Lo anterior configura una violación directa a las obligaciones del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales cuando, entre otras cuestiones, el Estado

Mexicano no adopte medidas apropiadas de carácter administrativo, presupuestario o de otra índole, para dar plena efectividad al derecho indicado.

82. Se traduce en la vulneración de 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*”, en sus apartados 6.6.1.1.4, 6.6.6, 6.6.6.2, 6.6.6.3, 6.6.6.4 y 6.6.6.8., ya que tales omisiones contribuyen a una inadecuada atención hospitalaria y en este caso provocó riesgo de infección, toda vez que la única zona que contaba con control de acceso directo para visitantes y familiares, así como filtro de acceso para colocarse ropa reutilizable o desechable (bata, gorro y cubrebocas) y lavarse las manos, fue el área de Unidad de Cuidados Intensivos Obstétricos, aunque no era el espacio apropiado para la atención de neonatos en estado clínico delicado, como lo era el caso de V1, V2, V3, V4, V5, V6, V7 y V8.

83. En conclusión, con lo anteriormente expuesto, se acreditó que las condiciones en las que el Hospital prestó servicios de salud 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 considera que el haber ingresado a los recién nacidos bajo tales condiciones, generó los riesgos que produjeron las afectaciones a la salud y, posteriormente a la vida de los niños y niñas víctimas del contagio.

84. Por tanto, resulta evidente que la Secretaría de Salud omitió cumplir a cabalidad con las condiciones necesarias para prestar con calidad, calidez y oportunidad, los servicios de salud.

85. Esta obligación mínima para los Estados ha sido subrayada por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en la Observación General No. 3, considerando que se “[...] *deberá prestar especial atención a todos los grupos vulnerables o marginados*”. “*Esta Comisión Nacional encuentra una clara conexión entre las omisiones descritas y los hechos que dieron origen a la presente Recomendación, en la medida en que fue justamente el incumplimiento de las obligaciones de garantía por parte de la*

Secretaría de Salud con relación al derecho a la protección de la salud, las que provocaron vulneración al derecho a la protección de la salud de las víctimas, es decir, la autoridad hubiera cumplido cabalmente con las obligaciones constitucionales y convencionales, los hechos pudieron resultar razonablemente previsibles y evitables" ⁶.

86. Esta Comisión Nacional advirtió que existen aspectos relacionados con la obligación de disponibilidad, accesibilidad y calidad, en donde las víctimas V1, V2, V3, V4, V5, V6, V7 y V8, tuvieron obstáculos para el disfrute del derecho a la salud, al existir diversas irregularidades en la prestación del servicio al mismo, y no contar con elementos esenciales en el Hospital para su eficaz desempeño.

87. 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 y calidad.

88. Este Organismo Constitucional se ha referido ya a las vulneraciones al derecho a la protección de la salud en relación con la obligación progresiva del Estado de garantizar el disfrute más alto posible. A continuación, se analiza el vínculo existente entre el incumplimiento de las obligaciones del Estado de garantizar la disponibilidad, accesibilidad y calidad en los servicios de salud.

I. Disponibilidad.

89. *“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”⁷*; en el caso

⁶ CNDH. Recomendación 18/2016, párr. 105.

⁷ CNDH. Recomendación General 15 “Sobre el derecho a la protección de la salud”, de 23 de abril de 2009, p. 24. 50/2017 de 19 de octubre de 2017, pp. 25 y 53. 49/2017, de 19 de octubre de 2017, p. 25. 48/2017, de 19 de octubre 2017, pp. 24 y 66. 46/2017 de 29 de septiembre de 2017, p.25; 45/2017, de 29 de septiembre

que se analiza, el Hospital no cumplió con las condiciones sanitarias y de infraestructura necesarias para la correcta prestación del servicio de salud.

90. Como se hizo constar en el acta de visita de verificación 15-AE-12-04-3412-EV el 4 de septiembre de 2015, realizada por la Subsecretaría de Salud, y en la opinión médica de este Organismo Nacional, el Hospital no cumplía con los requisitos de sanidad para la atención integral de los recién nacidos.

91. Este Organismo Nacional constató que en el Hospital no se garantizó con este principio de disponibilidad, al no contar con la infraestructura necesaria y existir un riesgo sanitario permanente, menoscabando el derecho de la población al disfrute de su derecho de la salud.

92. Además, en el caso particular de la atención otorgada a V6, en la opinión médica de este Organismo Nacional, se subrayó que aunado a los riesgos inherentes a la prematurez y bajo peso del recién nacido, sumado a los factores que complicaron el estado clínico del mismo como fue la exposición vía vertical, la estancia posnatal en el área de urgencias de adultos, procedimiento invasivo para diagnóstico y tratamiento, ventilador mecánico no funcional y la reiterada falta de insumos en el Hospital como los concentrados plaquetarios y plasma fresco congelado, que el recién nacido requería, contribuyó al deterioro de su estado clínico y fallecimiento del paciente, toda vez, que eran de vital importancia para el manejo adecuado de su cuadro patológico.

de 2017, p. 23; 43/2017 de 28 de septiembre de 2017, p. 27; 21/2017, de 30 de mayo de 2017 p. 48; 18/2017 de 25 de mayo de 2017, p. 27. 11/2017, de 21 de marzo de 2017, p. 23. 9/2017 de 17 de marzo de 2017, p. 22. 61/2016, de 16 de diciembre de 2016, pp. 85 y 86; 38/2016, de 19 de agosto de 2016, pp. 21 y 22; 18/2016, pp. 110 y 112. Observación General 14, de 11 de mayo de 2000 del Comité DESC de las Naciones Unidas, p.12.

II. Accesibilidad.

93. Este Organismo Constitucional ha señalado que *“La accesibilidad implica la viabilidad del acceso a los bienes y servicios de salud; incluyendo parámetros de accesibilidad física y económica, no discriminación, acceso a la información y no negación del servicio. Por accesibilidad física se entiende que deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial los niños, los adolescentes, las personas de edad, las personas con discapacidad y otros grupos vulnerables, y desde el punto de vista económico, los servicios deben estar al alcance de todos, en especial de las personas en condición de pobreza”*⁸.

94. En el presente caso, en entrevista con V10 realizada el 21 de junio de 2017 por este Organismo Nacional se constató que, con posterioridad al evento infeccioso, personal del Hospital no le informó de manera clara y precisa el estado de salud de V6, considerando que sólo se le hizo saber que *“tenía mal sus plaquetas y unos animalitos en su sangre”* siendo así que perdió la vida el 1° de septiembre de 2015.

95. En el caso de V11, en entrevista de 20 de junio de 2017, destacó que durante el tiempo que V1 estuvo en la incubadora *“nunca le informaron o le comentaron que estuviera enfermo o que tuviera alguna complicación, que se hubiera infectado de algo, ni tampoco que fuera necesario realizarle estudio alguno”*, que con posterioridad a su fallecimiento sólo le avisaron *“sin darle mayores explicaciones y se lo entregaron con el acta de defunción, la cual establece que falleció de un estado de choque séptico, sepsis grave, trombocitopenia severa y pretérmino, pero no les explicaron qué significaba esto”*.

96. V12 en conversación con personal de esta institución de la misma fecha, mencionó que sobre el deceso de V7 *“nunca le explicaron las causas de su muerte, únicamente le entregaron el cuerpo en la tarde del mismo día que murió”*.

⁸ Ibidem.

97. Al respecto, este Organismo Nacional puntualiza que el personal del Hospital incumplió el principio de accesibilidad a una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales con la cual debía contar el Hospital, o en su caso, prever el espacio en otro nosocomio y al omitir proporcionar a los padres de los menores fallecidos datos sobre su estado de salud y condición clínica, impidiendo con ello el acceso al conocimiento del estado real en que se encontraban los recién nacidos.

III. Calidad.

98. El principio de calidad requiere que los bienes y servicios de salud posean parámetros adecuados, confiables, higiénicos y que las instalaciones se 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”*⁹.

99. Este Organismo Constitucional constató que, durante los hechos, el Hospital representaba un riesgo sanitario para la población y contaba con anomalías, que fueron descritas en la supracitada inspección realizada por la Subsecretaría de Salud, y que además fueron constatadas por este Organismo Nacional al acudir a las instalaciones del nosocomio.

100. Además, sobre este aspecto cabe destacar que en el caso de V6, se hizo evidente la falta de concentrados plaquetarios y plasma fresco congelado que el menor requería para su tratamiento, lo que en la opinión médica de este Organismo Nacional, contribuyó al deterioro de su estado clínico y fallecimiento, pues eran de vital importancia para el manejo adecuado de su cuadro patológico.

101. En el caso de V7, como parte de su atención era necesario se le colocara un dispositivo denominado *Pleurevac*, el cual es un sistema de drenaje preparado que crea un sistema de válvula unidireccional que permite el drenaje, pero no el retorno o la entrada de

⁹ Ídem.

aire exterior en la cavidad torácica, es una cámara de seguridad básica indispensable, con la que no se contaba en el Hospital, por lo que para su sustitución se buscó un dispositivo alternativo, denominado “...*mini sello de agua...*”, lográndose la atención requerida.

102. Sin embargo, no pasa desapercibida la falta de aditamentos indispensables en el Hospital, ya que al no contar con ellas en el momento oportuno se expuso a los pacientes a un mayor índice de morbilidad y mortalidad.

103. Es entonces que, aunado al análisis de estas obligaciones, las víctimas se encontraban en una situación de vulnerabilidad múltiple (por tratarse de recién nacidos, indígenas de padres, en condiciones de pobreza), lo que implicaba la obligación reforzada de las autoridades de proteger sus derechos fundamentales; al respecto, resulta aplicable el criterio de la Corte Interamericana que considera “[...] *que toda persona que se encuentre en una situación de vulnerabilidad es titular de una protección especial, en razón de los deberes especiales cuyo cumplimiento por parte del Estado es necesario para satisfacer las obligaciones generales de respeto y garantía de los derechos humanos. [...] no basta que los Estados se abstengan de violar los derechos, sino que es imperativa la adopción de medidas positivas, determinables en función de las particulares necesidades de protección del sujeto de derecho, ya sea por su condición personal o por la situación específica en que se encuentre [...]*”¹⁰.

104. Por su parte, la Suprema Corte de Justicia de la Nación ha establecido que “*El Estado mexicano también cuenta con la obligación interamericana de fijar una protección especial respecto de los sujetos que se encuentren en una situación de particular vulnerabilidad [...] y en esa lógica, debe ejecutar todas las medidas necesarias para lograr servicios de salud pública de calidad que disuadan cualquier amenaza al derecho a la vida y la integridad física de las personas [...]*”¹¹.

¹⁰ “Caso *Ximenes Lopes Vs. Brasil*”. Sentencia de 4 de julio de 2006, párr. 103.

¹¹ Amparo en revisión 378/2014, p. 53.

105. Por tanto, esta Comisión Nacional concluye que existió incumplimiento de las obligaciones positivas de AR1 y todos servidores públicos de la Secretaría de Salud, de prevenir violaciones de derechos humanos al omitir que: (i) al momento de los hechos existía una situación de riesgo real e inmediato para la salud, vida e integridad de las víctimas por su contexto de múltiple vulnerabilidad, (ii) las autoridades conocían o debían tener conocimiento de dicha situación, y (iii) no adoptaron las medidas razonables y necesarias para prevenir o evitar ese riesgo¹², por lo que se configuró la vulneración al derecho a la vida de V1, V2, V3, V4, V5, V6, V7 y V8.

106. En este caso, la Comisión Nacional concluye que las condiciones del Hospital y los cuidados otorgados a los recién nacidos, ante la situación de falta de un área adecuada para su atención y tratamiento, aunado a los factores de riesgo que cada uno de las y los menores de edad presentaba al tratarse de recién nacidos, produjeron la vulneración de su derecho a la protección de la salud, contraviniendo los artículos 4 de la Constitución, 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; y 4 y 64 de la Ley de Salud del Estado de Guerrero (212).

2. DERECHO A LA VIDA.

107. 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”*¹³.

¹² CrIDH. “Caso Rodríguez Vera y otros (Desaparecidos del Palacio de Justicia) vs Colombia”, sentencia de 14 de noviembre de 2011, párr. 523. Ver también, CNDH. Recomendación 18/2016, párr. 135.

¹³ CrIDH. “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. CNDH Recomendaciones 51/2015, de 29 de diciembre de 2015; párrafo 110; 38/2016 párr. 74; 48/2017, párrs. 66 y 117; 49/2017, párr. 48; 50/2017, párr. 65, entre otras.

108. 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”*¹⁴.

109. 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”*¹⁵.

110. De igual forma, es fundamental recordar que al tratarse de recién nacidos, 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 personal¹⁶.

111. En ese sentido, la falta de condiciones, infraestructura e insumos necesarios para la atención integral de los menores, favoreció que presentaran los riesgos de contagio ya descritos, así como la IAAS, aunado a que las instalaciones no idóneas del nosocomio, en donde fueron atendidos, propiciaron un riesgo latente para la salud de los recién nacidos que, asociada a otros factores, finalmente condujo a la pérdida de la vida de V1, V2, V3, V4, V5, V6, V7 y V8, vulnerándose con ello este derecho, previsto en los artículos 1 constitucional; 3, 4, 5 fracción I de la Constitución del Estado de Guerrero; 45 inciso a), fracción IV, 51 fracción I, 70 y 114 de la Ley de Salud del Estado de Guerrero (212); 6.1 del

¹⁴ CNDH. Recomendación 18/2016, párr. 106.

¹⁵ “Caso González Lluy y otros Vs. Ecuador”. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 1º de septiembre de 2015, párr. 177.

¹⁶ CNDH. Recomendación 18/2016, párr. 108.

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.

112. Asimismo, es necesario destacar que en los casos específicos de V1, V6 y V7, la causa de muerte de manera directa según el diagnóstico médico y los certificados de defunción fue por sepsis por *escherichia coli* y *acinetobacter baumannii*, debido a que el Hospital no cumplía con los requisitos de sanidad para la atención integral de los recién nacidos.

3. INTERES SUPERIOR DE LA NIÑEZ.

113. En el presente caso, este Organismo Nacional considera necesario enfatizar las diversas condiciones de vulnerabilidad, que resultaron concurrentes en las víctimas y que favorecieron el menoscabo de sus derechos humanos en razón de su género, su calidad de menores de edad y como originarios de una comunidad indígena, lo que potencia las circunstancias que propiciaron la inadecuada atención en razón de la falta de recursos y condiciones óptimas de atención en el hospital, así como de un traslado oportuno a un establecimiento que contara con Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

114. Este Organismo Nacional considera que, con motivo de los actos analizados en el presente documento, se trasgredió en agravio de V1, V2, V3, V4, V5, V6, V7 y V8 el interés superior del menor, es decir, los actos desplegados por agentes estatales que incidieron en la afectación de su derecho a la protección de la salud y a la vida, permiten acotar la vulneración del deber de protección que tiene el Estado en su favor, con lo cual esta Comisión Nacional observa que se incumplieron los numerales 1° y 4°, párrafo noveno constitucionales; 1, fracciones I y II, 2, párrafos segundo y tercero, 3, 5, 6, fracciones I, II, V, XIII y XIV, 13, fracciones VIII y IX, 18, 46, 47, 50, 83, fracción I, 86, fracción III, 114, todos de la Ley General de los derechos de niñas, niños y adolescentes; 1 y 24 de la Convención

sobre los Derechos del Niño; principios 2 y 4 de la Declaración de los Derechos del Niño y 19 de la Convención Americana Sobre Derechos Humanos (“Pacto de San José”).

115. En ese contexto resulta importante destacar que 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”*¹⁷.

116. Por tanto, se considera que en el presente caso se vulneró el interés superior del menor, al no haberse establecido por parte del Estado, las condiciones mínimas que permitieran a V1, V2, V3, V4, V5, V6, V7 y V8, gozar de servicios de atención médica, adecuados, integrales y de calidad, ya que como se ha acreditado, todos requerían, con posterioridad a su nacimiento, el ingreso a Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, misma que no se les brindó al ser tratados en otras áreas adaptadas del nosocomio, en razón de la dilación en la conclusión de las obras de remodelación en el hospital, debido a la insuficiencia de recursos presupuestales, habida cuenta del deber reforzado que el Estado tiene cuando la atención médica se brinda a menores de edades, en atención al interés superior de la niñez.

4. DERECHO DE ACCESO A LA JUSTICIA.

a. Violación al derecho de acceso a la justicia por la inadecuada procuración de justicia.

117. El derecho de acceso a la justicia se encuentra protegido por el artículo 17, párrafos dos de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, por el cual las personas

¹⁷ “Caso Furlán y Familiares vs. Argentina”, sentencia de 31 de agosto de 2012, p.126.

pueden “acudir y promover ante las instituciones del estado competentes, la protección de la justicia a través de procesos que le permitan obtener una decisión en la que se resuelva de manera efectiva sobre sus pretensiones o derechos que estime le fueron violentados, en los plazos y términos que fijen las leyes, emitiendo sus resoluciones de manera pronta, completa, imparcial y gratuita”¹⁸.

118. De igual forma, se prevé en los artículos 2, 3, y 5 fracciones VI y VIII de la Constitución del Estado de Guerrero. Asimismo, el artículo 8.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, prevé que “*toda persona tiene derecho a ser oída, con las debidas garantías y dentro de un plazo razonable, por un juez o tribunal competente para la determinación de sus derechos y obligaciones*”. Asimismo, el artículo 25.1. del mismo ordenamiento, señala que: “*Toda persona tiene derecho a un recurso sencillo y rápido o a cualquier otro recurso efectivo ante los jueces o tribunales competentes, que la ampare contra actos que violen sus derechos fundamentales reconocidos por la Constitución, la ley o la presente Convención, aun cuando tal violación sea cometida por personas que actúen en ejercicio de sus funciones oficiales*”.

119. Al respecto, la Corte Interamericana ha sostenido que “*las garantías del artículo 8.1 de la Convención no se aplican solamente a la actividad judicial. En particular, en relación con las investigaciones llevadas a cabo por los **órganos ministeriales**, [...] ha establecido que, dependiendo de las circunstancias del caso, puede tener que analizar los procedimientos que se vinculan y constituyen el presupuesto de un proceso judicial, particularmente, las tareas de investigación de cuyo resultado depende el inicio y el avance del mismo*”¹⁹.

¹⁸ CNDH. Recomendaciones 66/2017, de 4 de diciembre de 2017, párr. 245; 44/2017 de 29 de septiembre de 2017, párr. 82; 38/2017, párr. 46; 34/2017 de 31 de agosto de 2017, párr. 223; 33/2017 de 30 de agosto de 2017, párr. 172; 31/2017, párr. 151; y 48/2016, párr. 164.

¹⁹ “Caso Ibsen Cárdenas e Ibsen Peña Vs. Bolivia”. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 1º de septiembre de 2010. Párr. 165.

120. En ese sentido, en la integración del presente caso, se tuvo conocimiento que, con motivo de la difusión en medios de comunicación del caso, la Fiscalía General del Estado de Guerrero inició la Carpeta de Investigación, por lo que a fin de constatar el seguimiento otorgado a la misma el 21 de junio de 2017, personal de este Organismo Nacional recabó copia de las constancias que integran la citada investigación.

121. Se observó que la Carpeta de Investigación fue iniciada el 6 de septiembre de 2015 y consta de las siguientes constancias: A) notas periodísticas en las que se da cuenta del caso que se analiza; B) copia de un oficio en el que se solicitó a la Policía Ministerial del Estado informe si los hechos son verídicos y de resultar afirmativo se investigue si existe responsabilidad penal por los mismos; C) solicitud dirigida a AR1, en la que se requiere información sobre el caso; D) Oficio de 9 de septiembre de 2015 en el que AR1 remite el informe requerido por la autoridad ministerial; E) Oficio 5741 de 18 de diciembre de 2015 en el que se solicita a la Policía Investigadora Ministerial de Tlapa una inspección ocular del lugar de los hechos, la localización y entrevista a personas a quienes consten los hechos e investigue cualquier indicio que se pudiera relacionar con los mismos; F) Oficio de 15 de junio de 2017 en el que se solicita a la Policía Investigadora Ministerial de Tlapa una inspección ocular del lugar de los hechos, la localización y entrevista a personas a quienes consten los hechos, e investigue cualquier indicio que se pudiera relacionar con los mismos, siendo la totalidad de las constancias que obran en la investigación referida.

122. De lo anterior se desprende que AR2 no realizó mayores diligencias que las descritas a fin de investigar con debida diligencia los hechos, es decir, no recabó las declaraciones de los padres de V1, V2, V3, V4, V5, V6, V7 y V8; tampoco recabó testimoniales de personas que hubieran tenido conocimiento o estuvieran presentes durante los acontecimientos ni dio seguimiento al desarrollo de las diligencias solicitadas a la autoridad ministerial, no se efectuó inspección física del lugar de los hechos, ni se implementaron acciones de investigación para acreditar los elementos constitutivos de delito manteniendo abierta la indagatoria sin actividad procesal hasta el 15 de junio de 2017, cuando nuevamente se giró un oficio a la Policía Investigadora Ministerial para que realizara diversas diligencias.

123. En ese sentido se acredita que la Carpeta de Investigación permaneció inactiva durante aproximadamente 18 meses, situación que se traduce en un retardo y entorpecimiento de la procuración de justicia atribuible de manera directa a AR2 y AR3, siendo respectivamente quien inició y quien actualmente tiene a cargo la integración de la carpeta de investigación.

124. Con lo anterior, AR2 y AR3 incumplieron los principios de legalidad, objetividad, eficiencia, profesionalismo, imparcialidad, confidencialidad, lealtad, honradez y respeto pleno a los derechos humanos que regulan la actuación ministerial y se encuentran previstos en el artículo 3 del Reglamento de la Ley Orgánica de la Fiscalía General del Estado de Guerrero, incumpliendo además las atribuciones y facultades que le son conferidas en el artículo 1 del Código de Procedimientos Penales para el Estado de Guerrero, así como las formalidades esenciales en la investigación de los delitos previstas en el citado ordenamiento y en las disposiciones de carácter internacional antes enunciadas.

125. En conclusión, este Organismo Nacional considera que AR2 y AR3 violentaron el derecho de acceso a la justicia en la modalidad de inadecuada procuración de justicia en agravio de V9, V10, V11, V12, V13, V14, V15, V16, V17, V18, V19, V20, V21, V22, V23, V24 al no desahogar con debida diligencia y de manera pronta y expedita la investigación sobre los hechos relacionados con el caso de Infección Asociada a la Atención de la Salud (IAAS), durante el cual perdieron la vida V1, V2, V3, V4, V5, V6, V7 y V8.

126. Respecto a la razonabilidad del plazo se debe tomar en cuenta la afectación generada por la duración del procedimiento, y la situación jurídica de las personas involucradas. Por tanto, si el paso del tiempo incide de manera relevante, resultará necesario que el procedimiento avance con mayor diligencia a fin de que el caso se resuelva en un tiempo breve. Es así, que esta Comisión Nacional recuerda que al tratarse de una investigación sobre hechos que implican como es el caso, la pérdida de la vida, de las víctimas, las autoridades tienen un **deber reforzado** de debida diligencia en el plazo

razonable en razón del interés superior de la niñez, por lo que este tipo de investigaciones tienen que realizarse con mayor rapidez²⁰.

127. Aunado a lo anterior, este Organismo Nacional enfatiza que la dilación en la etapa ministerial genera una afectación mayor, si se toma en cuenta que *“a ese tiempo deberá sumarse aquel que tome la individualización e identificación de los responsables y el trámite del proceso penal con sus distintas etapas, hasta la obtención de una sentencia firme”*²¹.

128. Teniendo en cuenta los elementos analizados, esta Comisión Nacional concluye que AR2 y AR3 contravinieron la razonabilidad del plazo y la debida diligencia en relación con la investigación ministerial iniciada por los hechos ocurridos en agravio de V9, V10, V11, V12, V13, V14, V15, V16, V17, V18, V19, V20, V21, V22, V23 y V24, al no desahogar con debida diligencia y de manera pronta y expedita la investigación sobre los hechos relacionados con el caso, *vulnerando los artículos 17 de la Constitución Política, 8 y 25 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos*²².

5. Responsabilidad.

129. Como ha quedado acreditado en la presente Recomendación, AR1, AR2 y AR3 incurrió 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 y la vida en agravio de V1, V2, V3, V4, V5, V6, V7 y V8, y al acceso a la justicia de V9, V10, V11, V12, V13, V14, V15, V16, V17, V18, V19, V20, V21, V22, V23, V24; consecuentemente, este Organismo Constitucional considera que existen evidencias suficientes para concluir que incumplieron sus obligaciones de actuar con legalidad, honradez, lealtad, y eficiencia como servidores públicos, previstas en los artículos 191, 193 y 194 de la Constitución del Estado de Guerrero;

²⁰ CNDH. Recomendación 64/2016, de 16 de diciembre de 2016, párr. 81.

²¹ CNDH. Recomendaciones 38/2017, p. 57; y 64/2016, p. 8.

²² CNDH. Recomendación 64/2016, párrafos 83 y 84.

lo artículos 1, 2, 6, 61, 62 y 63 de la Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado y de los Municipios de Guerrero (695).

130. AR1, en su calidad de responsable del nosocomio, omitió implementar las medidas necesarias para otorgar los servicios de salud adecuados a V1, V2, V3, V4, V5, V6, V7 y V8, en materia de infraestructura, recursos, y abasto, o bien, gestionar oportunamente los traslados de los menores a otros nosocomios que pudieran satisfacer los requerimientos para su debida atención, a fin de reducir los factores que aumentaron su morbilidad y mortalidad durante su estancia en el Hospital.

131. AR2 y AR3 omitieron realizar las diligencias necesarias para integrar de manera adecuada la investigación ministerial iniciada con motivo de los hechos, incurriendo en dilación de aproximadamente 18 meses en su tramitación.

6. Responsabilidad Institucional.

132. En ese sentido, es necesario mencionar que la falta de insumos en el Hospital, hace evidente la carencia de condiciones mínimas esenciales para garantizar el derecho a la protección de la salud de V1, V2, V3, V4, V5, V6, V7 y V8, por lo que este Organismo Nacional concluye que existe sobre ello una responsabilidad institucional atribuible a la Secretaría de Salud del Estado de Guerrero, al haberse generado un riesgo en la salud, la vida e integridad de V1, V2, V3, V4, V5, V6, V7 y V8, con motivo de la escasez o inexistencia de los requerimientos mínimos para su atención en el mismo.

133. Este Organismo Nacional considera pertinente realizar un señalamiento de manera particular, sobre el contenido de los informes rendidos por la Secretaría de Salud, quien mediante oficio de 8 de marzo de 2016 informó que *“...los hechos de julio y agosto del año 2015 no forman parte de su administración e incluso se considera ya habían concluido las etapas de supervisión y corrección ya que no se reciben como un pendiente de la administración que entrega”*.

134. Sobre tal afirmación, esta Comisión Nacional puntualiza que el cambio en la administración en el Gobierno no exime la responsabilidad de carácter institucional a la autoridad de fundar y motivar debidamente los actos y omisiones que le son imputados, así como el actuar de los servidores públicos que lo conforman, aun cuando estos no se hayan suscitado en su administración, ya que es deber de la autoridad responder y atender los requerimientos de este Organismo Nacional a título de la institución, no del servidor público o persona que en su caso hubiera ocupado determinado cargo.

7. Reparación integral del daño.

135. De acuerdo con los “Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del derecho internacional humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones” de las Naciones Unidas, *“Una reparación adecuada, efectiva y rápida tiene por finalidad promover la justicia, remediando las violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos o las violaciones graves del derecho internacional humanitario. La reparación ha de ser proporcional a la gravedad de las violaciones o al daño sufrido”*²³.

136. La Corte Interamericana ha sostenido que: *“La reparación es un término genérico que comprende las diferentes formas como un Estado puede hacer frente a la responsabilidad internacional en que ha incurrido. Los modos específicos de reparar varían según la lesión producida”*²⁴.

137. De conformidad con lo establecido en los artículos 1º, párrafo tercero, y 109, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 3 y 5 de la Constitución del Estado de Guerrero; y 44, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Nacional de los

²³ Principio 15.

²⁴ “Caso Garrido y Baigorria vs. Argentina”. Reparación y Costas. Sentencia de 27 de agosto de 1998, párr. 41

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 de los artículos 1, 2, 3, 4, 5 fracción XXVIII, 6, 8, 14, 15, 22, 23 y 24 de la Ley de Víctimas del Estado de Guerrero (450), por las violaciones a derechos humanos cometidas en su agravio y que han quedado precisadas en la presente recomendación.

138. Asimismo, de acuerdo con el artículo 4° de la Ley General de Víctimas en el presente caso V9, V10, V11, V12, V13, V14, V15, V16, V17, V18, V19, V20, V21, V22, V23, V24 adquieren la calidad de víctimas indirectas, por tener una relación inmediata como padres de V1, V2, V3, V4, V5, V6, V7 y V8, lo que 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 el presente pronunciamiento, por lo que deberá ser considerado para efectos de la determinación de la reparación integral del daño, así como la inscripción en el Registro Estatal de Víctimas de Guerrero.

a) Medidas de rehabilitación.

139. La atención médica y psicológica que se preste a las víctimas, deberá 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.

140. 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.

b) Medidas de satisfacción.

141. 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 que se presente ante la instancia correspondiente, por las violaciones a los derechos humanos descritas.

c) Garantías de no repetición.

142. 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 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 con el objetivo de evitar que vuelvan a originarse actos como el que dieron lugar a este pronunciamiento. Dichos cursos deberán impartirse con perspectiva de género, enfoque intercultural y considerando el principio del interés superior de la niñez.

143. Asimismo, se deberá impartir en la Fiscalía General, un curso sobre debida diligencia en la investigación ministerial y derecho de acceso a la justicia en relación con la adecuada procuración de justicia, que destaque la importancia de la procuración de justicia con perspectiva de género e interés superior de la niñez.

d) Compensación.

144. La autoridad responsable deberá indemnizar a V9, V10, V11, V12, V13, V14, V15, V16, V17, V18, V19, V20, V21, V22, V23, V24 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 las siguientes:

V. RECOMENDACIONES.

A usted señor Gobernador:

PRIMERA. En el término máximo de 12 meses, se tomen las medidas para reparar el daño a V9, V10, V11, V12, V13, V14, V15, V16, V17, V18, V19, V20, V21, V22, V23, V24 con motivo de la responsabilidad en que incurrió el personal del Hospital, acorde a la Ley de Víctimas del Estado Libre y Soberano de Guerrero (450), con base en las consideraciones planteadas en esta Recomendación, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Se inscriba a V9, V10, V11, V12, V13, V14, V15, V16, V17, V18, V19, V20, V21, V22, V23 y V24 en el Registro Estatal de Víctimas para que tenga acceso al Fondo Estatal de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral, y se remitan las constancias que acrediten su cumplimiento.

TERCERA. Por el tiempo necesario, de acuerdo a los requerimientos de las propias víctimas, se otorgue atención psicológica de seguimiento, con oportunidad, calidad y calidez, para V9, V10, V11, V12, V13, V14, V15, V16, V17, V18, V19, V20, V21, V22, V23 y V24 en algún centro cercano de atención médica perteneciente a la Secretaría de Salud y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

CUARTA. 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 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.

QUINTA. Se giren las instrucciones a fin de que el Hospital acredite la conclusión de las obras de ampliación de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales en el Hospital, en un plazo máximo de 3 meses contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación, debiendo enviar las constancias con las 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 ante la instancia que corresponda, en virtud de las consideraciones vertidas en esta Recomendación, remitiendo para tal efecto, las pruebas que le sean requeridas.

SEPTIMA. El plazo máximo de 12 meses, se diseñe e imparta en el Hospital un curso integral y un taller de capacitación en materia del derecho a la protección a la salud, específicamente sobre a) principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad y b) conocimiento, manejo y observancia de las normas oficiales mexicanas en materia de salud, 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 perspectiva de género, enfoque intercultural y considerando el principio del interés superior de la niñez.

OCTAVA. Girar instrucciones a quien corresponda, a efecto de que se incorporen copias de la presente Recomendación en el expediente laboral y personal de AR1 como constancia de las violaciones a los derechos humanos, en agravio de V1, V2, V3, V4, V5, V6, V7, V8, V9, V10, V11, V12, V13, V14, V15, V16, V17, V18, V19, V20, V21, V22, V23 y V24; debiendo enviar las constancias de su cumplimiento.

NOVENA. En un plazo máximo de 6 meses, se realicen los estudios necesarios que permitan advertir cuál es la relación de causalidad que existe en el alto índice de partos pretermino que se da específicamente en el Municipio de Tlapa, Guerrero, para que se adopten las medidas que se estimen pertinentes.

DÉCIMA. 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.

A usted señor Fiscal General del Estado de Guerrero:

PRIMERA. Se tomen las medidas necesarias para reparar el daño a V9, V10, V11, V12, V13, V14, V15, V16, V17, V18, V19, V20, V21, V22, V23, V24, en los términos de la Ley de Víctimas del Estado de Guerrero (450), remitiendo este Organismo Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

SEGUNDA. Se colabore ampliamente con la Comisión Nacional de los Derechos Humanos en la queja administrativa para iniciar procedimiento disciplinario ante la instancia que corresponda, contra el personal de esa Fiscalía involucrado en el presente caso, en virtud de las consideraciones vertidas en esta Recomendación, remitiendo para tal efecto, las pruebas que le sean requeridas.

TERCERA. Se realicen de manera inmediata las gestiones necesarias para integrar con debida diligencia de la Carpeta de Investigación de los hechos, debiendo remitir a esta Comisión Nacional las constancias con las que se acredite su cumplimiento, cada 4 meses.

CUARTA. Se incorporen copias de la presente Recomendación en los expedientes laborales y personales de AR2 y AR3, a efecto de que obre constancia de las violaciones a los derechos humanos en las que participaron; debiendo enviar a esta Comisión Nacional, las constancias de su cumplimiento.

QUINTA. Se diseñe e imparta en la Fiscalía General, un curso integral y un taller de capacitación en materia de debida diligencia en la investigación ministerial y derecho de acceso a la justicia en relación con la adecuada procuración de justicia. Dicho curso deberá ser impartido por personal especializado, con el objetivo de evitar dilación como la que dio

origen a este pronunciamiento, y se remitirán a esta Comisión Nacional las constancias con las que se acredite su cumplimiento.

SEXTA. 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.

145. 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 1º, 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.

146. De conformidad con el artículo 46, segundo párrafo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se solicita que la respuesta sobre la aceptación de esta Recomendación, en su caso, sea informada dentro de los quince días hábiles siguientes a su notificación. De no hacerlo así, concluido el plazo, dará lugar a que se interprete que no fue aceptada.

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

148. Cuando las Recomendaciones no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o servidores públicos, 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 las legislaturas de las entidades federativas, su comparecencia, a efecto de que explique el motivo de su negativa.

EL PRESIDENTE

LIC. LUIS RAÚL GONZÁLEZ PÉREZ