

Oficio No. CEDH/P/CLN/000664
Expediente No.: CEDH/II/VZN/AHO/41/2017
y sus acumulados
CEDH/II/VZN/AHO/44/2017 y
CEDH/II/VZN/AHO/51/2017
Quejasas/Víctimas: QV1, QV2, QV3 y QV4
Víctimas: V1, V2, V3, V4, V5, V6, V7 y V8
Resolución: Acuerdo de Conciliación
No. 1/2026

Culiacán Rosales, Sinaloa, a 31 de marzo de 2026.

Dr. Cuitláhuac González Galindo
Secretario de Salud del Estado de Sinaloa y/o
Director General de los Servicios de Salud de Sinaloa
P r e s e n t e.

Le expreso a usted que se han examinado los elementos contenidos en el expediente CEDH/II/VZN/AHO/41/2017 y sus acumulados, relacionados con la nota periodística publicada por diversos medios de comunicación sobre el fallecimiento de tres bebés en el Hospital General de Los Mochis, Ahome, Sinaloa, y los casos de QV1, QV2, QV3 y QV4, por violaciones a sus derechos humanos y de V1, V2, V3, V4, V5, V6, V7 y V8, consistentes en la protección a la salud, a la vida, al interés superior de la niñez, irregular integración del expediente clínico y la prestación indebida del servicio público, relacionados con la atención de la salud, atribuidos al personal médico adscrito al Hospital General “Dr. Jesús Kumate Rodríguez” de Los Mochis, Ahome, Sinaloa.

Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales se divulguen, se omitirá su publicidad, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 5, párrafo segundo y 52, ambos de la Ley Orgánica de la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Sinaloa y 10 de su reglamento interno. Dichos datos se pondrán en conocimiento de la autoridad, a través de un listado adjunto en que se describe el significado de las claves utilizadas, previo el compromiso de que se guarde su estricta confidencialidad reserva.

Hechos.

Expediente CEDH/II/VZN/AHO/41/2017

El 18 de julio de 2017, se publicó en el periódico *El Debate de Los Mochis* la muerte de tres bebés en el Hospital General “Dr. Jesús Kumate Rodríguez” en Los Mochis, por lo que esta Comisión Estatal de los Derechos Humanos inició expediente de queja de manera oficiosa.

En el medio de comunicación y de lo narrado con posterioridad, se denunció que bebés habían fallecido por una bacteria que había sido adquirida en dicho hospital, además de que existían otros bebés internados en la misma situación, por lo que sus padres temían por su salud.

De igual forma, se recibieron escritos de queja por parte de QV1 y QV2, los cuales se agregaron a dicha investigación de queja.

En el primero de ellos, se menciona que con fecha 19 de julio de 2017, QV1 acudió al Hospital General de Los Mochis, Ahome, Sinaloa, para proceder a su labor de parto, siendo atendida de cesárea de V1, informándole el personal médico que estaba muy baja de peso ya que había nacido prematura, pesando solamente 750 gramos y midiendo 44 centímetros, por lo que tuvo que ser internada en el área especial para bebés prematuros de dicho nosocomio, pero cuando estaba siendo atendida alcanzó a escuchar que había un virus en el hospital.

Señaló, además, que desde que nació su bebé no le permitieron verla, ni a ella ni a su familia, sólo sabía que estaba en un área especial; asimismo, le prescribían medicamento para adultos como la ampicilina, pero desconocía si se encontraba grave.

El día 21 de julio le avisaron que V1 estaba grave y posteriormente que había fallecido, sin que se le explicara qué fue lo que sucedió.

Por otra parte, en la queja presentada por QV2 señaló que el día 05 de julio de 2017, ingresó al Hospital General de Los Mochis, Ahome, Sinaloa, para ser atendida del parto de V2, quien nació en término y que no hubo ningún diagnóstico, ni recomendación médica que le indicara que hubiese problema, por lo que ambos fueron dados de alta en la misma fecha.

Sin embargo, a los dos días de haber nacido V2, lloraba mucho y notó que no desechaba nada de lo que comía, sólo vomitaba, por lo que nuevamente tuvieron que regresar al hospital, ingresando al área de urgencias donde lo atendieron y le informaron que se encontraba grave, que ocupaba cirugía, quedando hospitalizado en el área de neonatos, estando a la espera de un cirujano toda la semana.

El 16 de julio operaron a V2, comunicándole que todo había salido muy bien y que se recuperaría pronto; no obstante, al día siguiente fue informada de que estaba delicado y que ahora su problema era por una bacteria que había adquirido, ya que ese día habían fallecido tres bebés.

A partir de ahí, a V2 le bajaron las plaquetas, pero ya no se pudo recuperar y el día 22 de julio falleció; siendo el caso, que al entregarle el certificado médico advirtió que **la causa del fallecimiento había sido a consecuencia de un choque séptico, sepsis neonatal y atresia duodenal.**

Se continuaron agregando notas periodísticas en distintos medios de comunicación, en las que publicaron el fallecimiento de otros recién nacidos de dicho nosocomio, presuntamente a consecuencia de una bacteria.

Expediente CEDH/II/VZN/AHO/44/2017.

Escrito de queja presentado por QV3, quien manifestó que contaba con siete meses de embarazo y que en fecha 17 de julio de 2017 le empezaron sus dolores de parto, por lo que acudió al Hospital General de Los Mochis, Ahome, Sinaloa, donde fue informada que se le pasaría al área de tocología, ya que iba a tener a su hijo, teniendo su parto en esa misma fecha y cuando serían aproximadamente

las 14:00 horas, se encontraba en piso y fue informada de que V3 presentó problemas respiratorios al nacer, por lo que tenía que continuar hospitalizado.

Durante los siguientes días le informaron que V3 traía flemitas, siendo hasta el 30 de julio de 2017 que fue trasladado al hospital particular de nombre Fátima, en Los Mochis, Sinaloa, en donde le dijeron que se encontraba grave, desconociendo la causa o motivo de gravedad, ya que al parecer tenía un soplo en el corazón y neumonía.

Asimismo, con fecha 04 de agosto de 2017, V3 fue trasladado al Hospital Pediátrico de Culiacán, supuestamente por un problema cardiaco, pero antes de su traslado le pusieron plaquetas porque las necesitaba, para que alcanzara a llegar. Estando internado, QV3 fue informada que V3 traía una infección muy grave en todo el cuerpo; al día siguiente le comunicaron que contrajo una bacteria, que le estaba haciendo un hongo en su cuerpo y que le había afectado el corazón, por lo que le pusieron plaquetas nuevamente.

Por último, hasta esa fecha continuaba hospitalizado, **desconociendo su diagnóstico y la causa de esa bacteria, sin encontrar medicamento para que V3 se recuperara.**

Expediente CEDH/II/VZN/AHO/51/2017.

Con fecha 07 de septiembre de 2017, esta Comisión Estatal recibió escrito de queja de QV4, en el cual señaló hechos presuntamente violatorios de derechos humanos de V4, mismos que atribuyó también a personal de Hospital General de Los Mochis, Ahome, Sinaloa.

En dicho escrito, QV4 manifestó que contaba con 35 semanas de embarazo cuando presentó la pérdida del tapón mucoso, por lo que acudió a urgencia en el ISSSTE de la ciudad de Los Mochis, Ahome, Sinaloa, lugar donde la internaron porque estaba dilatando, decidiendo enviarla al Hospital General de Los Mochis, Ahome, Sinaloa, porque dicha clínica no contaba con cuidados intensivos para bebés prematuros.

Al llegar a dicho nosocomio, tuvo su trabajo de parto, naciendo V4, a las 00:25 horas, del día 17 de julio de 2017, informándole que traía insuficiencia respiratoria y que sería ingresado a la unidad de cuidados intensivos.

Al día siguiente fue informada que V4 tenía las plaquetas de sangre muy bajas y que necesitaba transfusión de manera urgente, pero no les dieron un diagnóstico de qué era lo que tenía su bebé; enterándose en dicho hospital que había una bacteria y que ya habían fallecido varios bebés, por lo que vieron la manera de cambiarse al ISSSTE, pero como V4 se encontraba intubado, no pudieron moverlo de ese lugar.

Siendo hasta el día 25 de julio de 2017, que pudo ser trasladado al ISSSTE en Culiacán, Sinaloa, donde **salió positivo a una bacteria, por un catéter que llevaba, diagnosticándose que fue a causa de una sepsis o septicemia adquirida en el Hospital General de Los Mochis, Ahome, Sinaloa.**

Atendiendo a lo anteriormente expuesto, tanto en las notas periodísticas publicadas por diversos medios de comunicación, así como de los escritos de queja presentados, en términos del artículo 63 de la Ley Orgánica de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Sinaloa, se iniciaron las investigaciones respectivas, las cuales quedaron registradas en los expedientes antes señalados.

Evidencias.

Esta Comisión Estatal practicó distintas diligencias para llevar a cabo la investigación de queja en los distintos expedientes registrados, que a continuación se desglosan:

Expediente CEDH/II/VZN/AHO/41/2017

Nota periodística de fecha 18 de julio de 2017, del periódico *El Debate de Los Mochis*, llevando como título “*Mueren tres bebés por bacteria en Hospital General*”, narrando además la preocupación de padres de familia que tenían bebés internados en el Hospital General de Los Mochis, Ahome, Sinaloa, por el

fallecimiento de tres pequeños recién nacidos que supuestamente se contagiaron de un virus; igualmente, se denunciaba que el primer deceso ocurrió el día 15 de julio del año 2017 y posteriormente fallecieron dos más.

Oficio número CEDH/VZN/AHO/000286 de fecha 18 de julio de 2017, en el cual se solicitó informe al Director del Hospital General de Los Mochis, Ahome, Sinaloa, respecto a los hechos publicados en las notas periodísticas motivo de queja.

Oficio número CEDH/VZN/AHO/000287 de fecha 18 de julio de 2017, dirigido al Vicefiscal de Justicia Zona Norte del Estado de Sinaloa, mediante el cual se solicitó informe respecto a los hechos motivo de queja.

Oficio número 206, recibido el día 21 de julio de 2017, suscrito por el Director del Hospital General de Los Mochis, Ahome, Sinaloa, a través del cual rindió el informe solicitado, y señalando a los cuestionamientos textualmente lo siguiente: *“Es prudente comentarles que si bien se ha establecido un posible brote en los 3RN fallecidos, aún no se puede hablar de conexión entre ellos, y debo comentarle que los cultivos preliminares, tanto en el ambiente, como en los de detección clínica practicados a los neonatos, han resultado todos negativos, debiendo señalarle que hasta el momento la conclusión diagnóstica es que se traten de septicemia neonatal con bacteria no demostrada.”*

De igual manera mencionó: *“Los 3 casos fueron certificados como shock séptico. Nuestro personal, auxiliado por personal adscrito a la Dirección de Epidemiología en el Estado de Sinaloa, realizan las pesquisas necesarias a fin de detectar la bacteriología prevalente, y se han reforzado las estrategias de vigilancia de infecciones nosocomiales, que es una de las líneas prioritarias en que se maneja nuestro hospital.”*

Oficio número 1717/2017, recibido en fecha 21 de julio de 2017, suscrito por el Vicefiscal Regional Zona Norte del Estado, en el cual rindió informe solicitado respecto a los hechos, señalando que se había iniciado la Carpeta de Investigación 1, con fecha 19 del mismo mes y año, por el delito de responsabilidad profesional en contra de quien o quienes resulten responsables,

ante la Unidad de Atención a Mujeres, Menores y Grupos Vulnerables, Víctimas del Delito en la Región Norte, la cual se encontraba en trámite.

Oficio número CEDH/VZN/AHO/000290 de fecha 24 de julio de 2017, en el cual se solicitó ampliación de informe al Director del Hospital General de Los Mochis, Ahome, Sinaloa, respecto a los hechos publicados en las notas periodísticas relacionados con el fallecimiento de otros 3 RN.

Oficio número 293, recibido el día 25 de julio de 2017, mediante el cual rindió información el Director del nosocomio señalando que efectivamente habían fallecido otros tres RN de los que estaban internados, pero no existía relación y que si bien se habló en la respuesta de informe anterior de posible brote epidemiológico, aún no había sido posible detectar un cultivo positivo, pero en los últimos casos no pudo haber existido correlación epidemiológica y las causas de mortalidad no han sido infecciosas y son debido a problemas congénitos y prematurez.

Escrito de queja por parte de QV1 en el que expuso su inconformidad por las presuntas violaciones a derechos humanos en agravio de V1, por parte de personal del Hospital General de Los Mochis, Ahome, Sinaloa.

Escrito de queja por parte de QV2, en el que expuso su inconformidad por las presuntas violaciones a derechos humanos en agravio de V2, por parte de personal del Hospital General de Los Mochis, Ahome, Sinaloa.

Oficio número CEDH/VZN/AHO/00305, de fecha 17 de agosto de 2017, dirigido al Director del Hospital General “Dr. Jesús Kumate Rodríguez” de Los Mochis, Ahome, Sinaloa, solicitando ampliación de informe sobre los hechos puestos en conocimiento por QV1 y QV2.

Oficio número 0000242, recibido el día 24 de agosto de 2017, mediante el cual rindió información el Director del nosocomio señalado, quien comunicó se realizaron medidas de contención, desplazando a los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales al servicio de cirugía pediátrica bajo medidas de precaución de contacto, con la finalidad de iniciar remodelación de dicha unidad.

Oficio número CEDH/P/001065, de fecha 24 de julio de 2017, dirigido al Director General de los Servicios de Salud del Estado de Sinaloa, en el cual se hizo del conocimiento lo publicado en los diversos medios de comunicación, donde se denunciaba el fallecimiento de tres infantes y otros que se encontraban en estado de salud crítico, solicitando informe respecto a dicha denuncia pública.

Oficio número CEDH/P/CUL/001066, de fecha 24 de julio de 2017, a través del cual se solicitó informe respecto a los hechos a la Vicefiscal General del Estado de Sinaloa.

Oficio número CEDH/P/CUL/001067, de fecha 25 de julio de 2017, dirigido al Secretario de Salud del Estado de Sinaloa, solicitando que de manera inmediata se adoptaran medidas y providencias necesarias y efectivas, a efecto de garantizar a los infantes que se encontraban hospitalizados en el citado nosocomio su derecho humano a la protección a la salud.

Oficio número SS-DS-609-2017, recibido el 26 de julio de 2017, por parte del Secretario de Salud y/o Director General de los Servicios de Salud de Sinaloa, en el cual se aceptaron las medidas propuestas por este Organismo Estatal.

Oficio número SS-DS-610/2017, recibido el 28 de julio de 2017, a través del cual el Secretario de Salud y/o Director General de los Servicios de Salud de Sinaloa rindió informe respecto a los hechos puestos en conocimiento, en el que señaló que desde un principio se inició protocolo de alarma epidemiológica el cual llevo implícito las siguientes medidas:

1. Intensificación de las barreras de protección y el reforzamiento de las medidas de seguridad, restricción de visitas, no rotación de personal e intensificación del cumplimiento a la Técnica de Lavado de Manos”.
2. Cultivos ambientales antes y después del exhaustivo.
3. Limpieza exhaustiva de soluciones cloradas al 10%.
4. Cultivos de Manos al Personal de Cuidados Intensivos Neonatales.
5. Cambios en infraestructura en apego a NOM 016-SSA3-2012 y a la NOM 025-STPS-2008.

6. Reubicación Temporal de UCIN a una Sala Pediátrica con las condiciones para no demeritar la calidad de atención.
7. No aceptación de RN Prematuros de hospitales de donde remiten pacientes.
8. Trabajo conjunto Interinstitucional y con el Hospital Pediátrico de Sinaloa.

Asimismo, señaló en dicho informe que se había iniciado la búsqueda científica de las causas, por medio de lo que se venía enunciando anteriormente, y que de manera preliminar no había existido cultivos positivos y las causas que aparecían en el problema de fondo es que eran resultado de los estados de prematuridad extrema de los RN.

Oficio número CEDH/VZN/AHO/000323, de fecha 5 de septiembre de 2017, mediante el cual se solicitó informe a la Unidad del Ministerio Público de lo Penal Especializada en Atención a Mujeres, Menores y Grupos Vulnerables de Víctimas del Delito Zona Norte respecto a los hechos motivo de queja.

Oficio número 1315/2017, recibido el 7 de septiembre de 2017, por parte de la Unidad del Ministerio Público de lo Penal Especializada en Atención a Mujeres, Menores y Grupos Vulnerables de Víctimas del Delito Zona Norte, en el cual rindió informe respectivo donde se destaca lo siguiente:

Que existía registro de las Carpetas de Investigación 1, 2, 3 y 4, relacionadas con los casos de los bebés internados en el Hospital General de Los Mochis, Ahome, Sinaloa, las cuales se les estaba dando el debido seguimiento para el esclarecimiento de los hechos.

Oficio CEDH/VZN/AHO/000346, de fecha 18 de septiembre de 2017, dirigido al Coordinador Regional Zona Norte de COEPRIS, solicitando informe en colaboración respecto a lo publicados en las distintas notas periodísticas, así como de las quejas presentadas por QV1 y QV2.

Oficio número CDJ/0053/2017, recibido el 9 de octubre de 2017, en el cual rindió respuesta el Comisionado Estatal para la Protección contra Riesgos Sanitarios de Sinaloa, informando que la Comisión Federal de Riesgos Sanitarios

tuvo también intervención de conformidad a sus facultades federales en dicho nosocomio de manera autónoma.

Que su actuación como Institución descentralizada de la Secretaría de Salud y en conocimiento de los eventos suscitados entre el 13 al 25 de julio de 2017, suscitados dentro del Hospital General de Los Mochis, con relación al deceso de varios RN, llevó a cabo visita de verificación sanitaria número 260117070174, con fecha 24 del citado mes y año.

Visita dentro de la cual, si se acreditaron anomalías de conformidad al objeto y alcance de la orden de visita de verificación, denominándose de acción correctiva y no ponían en riesgo a la salud de las personas de los lugares verificados, dictaminándose no procedente la aplicación de medidas de seguridad.

Oficio número CEDH/VZN/AHO/000544, de fecha 28 de noviembre de 2017, dirigido a la Unidad del Ministerio Público de lo Penal Especializada en Atención a Mujeres, Menores y Grupos Vulnerables de Víctimas Zona Norte solicitando avances de las Carpetas de Investigación 1, 2, 3 y 4.

Oficio número 2540/2017, recibido en fecha 8 de diciembre de 2017, mediante el cual rindió información la Unidad del Ministerio Público mencionado en el inciso anterior, a través del cual señaló los avances dentro de las Carpetas de Investigación 1, 2, 3 y 4, las cuales se encontraban en la práctica de diligencias para el esclarecimiento de los hechos.

Con fecha 22 de agosto de 2018, se agregó un primer dictamen emitido por parte del médico colaborador de esta Comisión Estatal de los Derechos Humanos, quien expuso su opinión respecto a los expedientes médicos de V1, V2, V5, V6, V7 y V8, y el actuar del personal médico adscrito al Hospital General de Los Mochis.

Expediente CEDH/II/VZN/AHO/44/2017.

Escrito de queja de fecha 8 de agosto de 2017, mediante el cual QV3 expuso hechos que transgredieron los derechos humanos de V3.

Oficio número CEDH/VZN/AHO/000299, de fecha 14 de agosto de 2017, a través del cual se solicitó al Director del Hospital General de Los Mochis, Ahome, Sinaloa, información respecto a los hechos materia de la queja.

Oficio número 0000248, de fecha 28 de agosto de 2017, por medio del cual el Director del Hospital General de Los Mochis rindió el informe solicitado, en el que manifestó, entre otras cosas, que con fecha 17 de julio de 2017, QV3 ingresó a ese hospital a las 08:11 horas, con embarazo de 30.4 semanas de gestación, refiriendo actividad uterina posterior a caída desde su propia altura, teniendo 7-8 centímetros de dilatación cervical por lo que se le ingresó al área de tococirugía para la atención del parto, obteniendo producto vivo del sexo masculino a las 08:35 horas, de esa misma fecha, con peso de 2000 gramos y talla de 48 centímetros con calificación de APGAR de 8 al minuto y 9 a los 5 minutos. Se le brindó cuidados inmediatos al recién nacido y se pasó a alojamiento conjunto para iniciar lactancia materna.

Oficio número CEDH/VZN/AHO/000139, de fecha 27 de abril de 2018, en el cual se solicitó ampliación de informe al Director del Hospital General de Los Mochis respecto a los hechos que se investigan en el expediente de queja.

Con oficio número CEDH/VZN/AHO/000141, de fecha 27 de abril de 2018, se solicitó informe en colaboración a la titular de la Unidad del Ministerio Público de lo Penal Especializada en Atención a Mujeres y Menores Víctimas del Delito y de Grupos Vulnerables Zona Norte, en relación a los hechos que se investigan materia de queja.

Mediante oficio número 861/2018, de fecha 10 de mayo de 2018, se recibió la información solicitada al titular del Ministerio Público citado, adjuntando copia certificada de las constancias que integran la Carpeta de Investigación 2.

Oficio número 0000191, recibido en fecha 10 de mayo de 2018, a través del cual el Director del Hospital General en cita rindió el informe solicitado sobre los hechos motivo de queja, anexando expediente clínico de QV3.

Oficio número CEDH/VZN/AHO/000358, de fecha 18 de septiembre de 2018, dirigido a la Directora del Hospital Pediátrico de Sinaloa, mediante el cual se solicitó informe respecto a los hechos motivo de queja.

Oficio sin número, recibido en fecha 26 de septiembre de 2018, signado por la Directora del Hospital Pediátrico de Sinaloa, en el cual rindió informe solicitado y anexó expediente clínico de V3, señalando lo siguiente:

Que se le brindó atención médica hospitalaria a V3 el día 4 de agosto al 22 de septiembre de 2017, en el servicio de Neonatología, el cual ingresó con el diagnóstico de sepsis neonatal, neumonía bacteriana nosocomial, falla hepática y síndrome colestásico. Se refirió que había sido enviado por la Clínica Fátima de Los Mochis a ese Hospital, y al egresar su diagnóstico fue prematuridad (30 semanas de gestación), choque séptico, síndrome colestásico, foramen oval pequeño permeable, neumonía, sepsis nosocomial y hemorragia interventricular grado II.

Oficio número CEDH/VZN/AHO/000374, de fecha 5 de octubre de 2018, dirigido al Administrador del Hospital Fátima de Los Mochis, Ahome, Sinaloa, solicitando informe respecto a la atención que recibió V3.

Oficio número HF/DG-014/54/2018, recibido en fecha 15 de octubre de 2018, a través del cual señaló que no podía proporcionar la información requerida, debido a la protección de datos personales en posesión de los particulares, ya que se requería el consentimiento expreso y por escrito del titular o en su caso de quien ejerza la patria potestad del menor o incapaz o bien ser requerido por parte de autoridad.

Oficio número CEDH/VZN/AHO/000437, de fecha 15 de noviembre de 2018, dirigido al Vicefiscal de la Zona Norte del Estado, en el cual se solicitó informe en colaboración respecto a los hechos motivo de queja.

Oficio número 2881, recibido en fecha 20 de noviembre 2018, a través del cual el Vicefiscal de la Zona Norte del Estado rindió informe solicitado en el punto que antecede, señalando que existía la Carpeta de Investigación 3 por los hechos

puestos en conocimiento, la cual se encontraba en trámite ante la Unidad de lo Penal Especializada en Atención a Mujeres, Menores Víctimas del Delitos y Grupos Vulnerables de la Zona Norte, la cual se encontraba en trámite.

Con fecha 27 de abril de 2020, se presentó un segundo Dictamen por parte del Médico que presta sus servicios a esta Comisión Estatal, en el que emite opinión en relación al expediente medico elaborado a V3.

Expediente CEDH/II/VZN/AHO/51/2017.

Escrito de queja de fecha 7 de septiembre de 2017, mediante el cual QV4 expuso hechos que transgredieron los derechos humanos de V4.

Oficios número CEDH/VZN/AHO/000338 y CEDH/VZN/AHO/000514, de fechas 14 de septiembre y 17 de noviembre de 2017, respectivamente, a través de los cuales se solicitó al Director del Hospital General de los Mochis, Ahome, Sinaloa, informe de ley respecto a los hechos motivo de queja.

Oficio número CEDH/VZN/AHO/00513, de fecha 17 de noviembre de 2017, mediante el cual se solicitó información al Titular de la Unidad de lo Penal Especializada en Delitos de Tramitación Común, Región Norte del Estado, sobre los hechos que se investigan.

Oficio número 0000336, recibido en fecha 23 de noviembre de 2017, signado por el Director del Hospital General de Los Mochis, en el cual rindió informe solicitado, anexando expediente médico de QV4.

Oficio número 1245/2017, recibido en fecha 24 de noviembre de 2017, en el cual el Agente del Ministerio Público de la Unidad del Ministerio Público de lo Penal Especializado en Delitos del Tramitación Común, Zona Norte, rindió el informe solicitado, en el que expresó que no existía denuncia por parte de QV4 y/o familiar por los hechos puestos en conocimiento, por lo que no existía carpeta de investigación alguno por algún hecho delictivo.

Con oficio número CEDH/VZN/AHO/000556, de fecha 6 de diciembre de 2017, se solicitó al Titular de la Unidad del Ministerio Público de lo Penal, Especializada en Atención a Mujeres, Menores y Grupos Vulnerables de Víctimas Zona Norte, informe sobre los hechos motivo de queja.

Oficio número 2140/2017, recibido en fecha 8 de diciembre de 2017, a través del cual se recibió la información solicitada en el punto que antecede, por parte de dicha Agencia Social, en el que hizo del conocimiento que con fecha 8 de septiembre de 2017 se recepcionó denuncia a QV4, por el delito de responsabilidad profesional, en contra de quien resulte responsable, elevándose la carpeta de investigación 5, dentro de la cual se venían practicando diligencias necesarias para el esclarecimiento de los hechos.

Con fecha 21 de agosto de 2018, se recibió un tercer dictamen médico, por parte del médico que colabora para esta Comisión Estatal, en el que emite su opinión técnica en relación al expediente clínico de V4 sucedido en el Hospital General de Los Mochis, sobre los hechos motivo de la queja.

I. Protección a la Salud

I.1. Atención médica oportuna y de calidad

Así las cosas, tenemos que derivado de las notas periodísticas publicadas en los distintos medios de comunicación, en los cuales se vienen relacionando a recién nacidos que tuvieron complicaciones graves cuando se encontraban en el área de cuidados intensivos del Hospital General “Dr. Jesús Kumate Rodríguez” de Los Mochis, Ahome, Sinaloa, y que algunos de ellos fallecieron, razón por la cual esta Comisión Estatal inició la investigación respectiva bajo el expediente número CEDH/II/VZN/AHO/41/2017 y sus acumulados CEDH/II/VZN/AHO/44/2017 y CEDH/II/VZN/AHO/51/2017.

La Organización Mundial de la Salud, define a la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de una enfermedad o dolencia; es decir, que una visión integral de la salud supone que

todos los sistemas y estructuras que rigen las condiciones sociales y económicas, al igual que el entorno físico, deben tener en cuenta las implicaciones y el impacto de sus actividades en la salud y el bienestar individual y colectivo.

Por su parte, el artículo 4, párrafo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece el derecho a la protección de la salud de una manera integral para todas las personas.

Así también, 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*” se refiere a este derecho como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social. En el mismo sentido se pronuncia el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en el artículo 12.

Igualmente, el artículo XI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, señala que:

Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad.

A su vez, el primer párrafo de la Observación General No. 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, establece:

La salud es un derecho fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. [Su] efectividad (...) se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como (...) aplicación de los programas de salud elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la adopción de instrumentos jurídicos concretos (...)

De lo anterior, se puede observar que dentro del presente expediente y sus acumulados, se analizó el caso de seis bebés que fallecieron en el Hospital

General de Los Mochis, Ahome, Sinaloa, cumpliendo con los criterios para considerar que presentaron infección asociada a la atención de la salud, esto es, que fallecieron por una bacteria que adquirieron en el citado nosocomio.

La atención médica tardía otorgada a los recién nacidos fue un detonante para que adquirieran la bacteria, agregando a ello la prematurez de los mismos, ya que se tenía conocimiento de fiebres altas, no se les administró el medicamento adecuado en tiempo y forma, ni se hicieron los análisis correspondientes para saber la causa de las altas temperaturas.

Tenemos pues, que del primer informe rendido por el Director del Hospital General de Los Mochis y que formó parte del expediente CEDH/II/VZN/AHO/41/2017, respecto a los cuestionamientos realizados por este Organismo Estatal, puntualizó textualmente lo siguiente:

- a) Que nuestro hospital cumple con lo reglamentado en las normas que exige el Sistema Nacional de Salud, y para el cumplimiento de nuestros encargos, nos apegamos a estándares éticos y deontológicos, sin transgredir los manuales de procedimientos y los principios y valores en que se fundamentan, en todo momento anteponiendo a nuestros usuarios.
- b) Las infecciones hospitalarias en Recién Nacidos internados en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) como la de nuestro hospital, son causa importante de morbilidad y mortalidad y esta se incrementa en la Prematurez Extrema como los RN fallecidos, puesto que este estado clínico predispone la utilización de procedimientos invasivos en seres inmunodeficientes.
- c) En estados de Prematurez con peso extremadamente bajo agravante como el caso de los fallecidos, tienen el riesgo de colonizarse rápidamente, puesto que su sistema inmunológico es inmaduro con bajos niveles de gammaglobulina y reservas granulocíticas bajas, así como quimiotaxis de neutrófilos disminuida.
- d) La piel de los pequeños no está completamente queratinizada, es muy frágil y se lastima fácilmente, favoreciendo el riesgo de infecciones. Ante los distintos actos médicos es improbable que no se tenga contacto con

microorganismos. Con esta frágil barrera, si bien se siguen los protocolos de aislamiento adhoc, no es posible sostener como área estéril nuestra unidad.

- e) Un agravante muy importante es la inmadurez pulmonar, que, si bien con el soporte del Factor Surfactante ha mejorado el pronóstico en algunos pacientes y que se administró en nuestros casos, no está exenta de fracasos y que, para revertir el Síndrome de Dificultad Respiratoria, es necesario someterlos a una Asistencia Ventilatoria que también es factor de riesgo infeccioso.

Por su parte, de acuerdo con el primer dictamen emitido por el médico que presta los servicios a esta CEDH Sinaloa, la atención médica brindada a los recién nacidos, particularmente a los considerados como prematuros, no se tomaron en cuenta los controles de Gasometría Arterial, que es un estudio imprescindible ya que por la prematurez habitualmente cursan con dificultad respiratoria, la cual en todos los casos se agravó, siendo la única forma de monitorear la evolución de la dificultad respiratoria y las alteraciones sistémicas que esto ocasiona, es con la realización de controles seriados de Gasometría Arterial.

Asimismo, señaló que por parte de los médicos que tuvieron contacto con la situación de recién nacidos, existió cierto grado de descuido o abandono, ya que de los expedientes clínicos, se advirtió carencia en la realización de las notas médicas, ya que en algunos casos existen lapsos hasta de 36 horas entre una y otra.

Por otro lado, del análisis realizado a los expedientes clínicos de los recién nacidos, el médico que llevó a cabo la opinión técnica, resaltó que el manejo de dichos expedientes, no estuvieron a cargo de médicos especialistas en Neonatología, ya que tres de estos casos se sitúan en esta consideración, y que invariablemente deben ser manejados por médicos especialistas en Neonatología.

Es importante señalar que la Organización Mundial de la Salud, en lo subsecuente OMS, establece que hay tres causas de la mortalidad neonatal a

nivel mundial: los partos prematuros, asfixia e infecciones graves como “sepsis” y neumonía.

A su vez, la OMS también define a la persona recién nacida, como *“un niño que tiene menos de 28 días”*, y por cuanto hace a las personas recién nacidas prematuras, indica que no están totalmente preparados para la vida extrauterina, debido a que se enfrían con más facilidad y pueden necesitar más ayuda para alimentarse, ya que su organismo no está plenamente desarrollado, lo que puede provocarles problemas para respirar y sufrir otras complicaciones, como infecciones.

Es por ello que el médico que realizó el análisis a los referidos expedientes clínicos, hace hincapié en que a ninguno de los recién nacidos se les administró medicamento para cuadro de infección que presentaban, según constató en las notas medicas agregadas.

Destacó como factores de riesgo característicos de la persona recién nacida prematura, los siguientes:

- La edad gestacional, esto es, entre menor sea ésta, el pronóstico es más desfavorable.
- Peso bajo para la edad gestacional.
- Baja calificación de Apgar y otras enfermedades asociadas.

La Guía de práctica clínica de *“Intervenciones de Enfermería para la Atención del Recién Nacido Prematuro”*, considera a la persona recién nacida inmadura como, *“(…) aquel producto de la concepción de 28 semanas a 37 semanas de gestación, que equivale a un producto de 1,000 gramos a menos de 2,500 gramos”*.

A su vez, la Guía de práctica clínica del *“Manejo del Recién Nacido Prematuro Sano en la Sala de Prematuros”* establece que, dada su condición de requerir cuidados especializados, involucra procedimientos invasivos múltiples (cateterismos vasculares, intubación endotraqueal, alimentación parenteral,

etc.), lo que los vuelve más propensos a infecciones intrahospitalarias, cuya gravedad depende principalmente del agente etiológico y de su edad gestacional.

En ese sentido, la Organización Mundial de la Salud establece que las infecciones asociadas a la atención de la salud “IAAS”, esto es las infecciones «nosocomiales» u «hospitalarias», son infecciones contraídas por un paciente durante su tratamiento en un hospital u otro centro sanitario y que no tenía ni estaba incubando al momento de su ingreso.

Cabe mencionar que las infecciones nosocomiales, están íntimamente interrelacionadas con la “sepsis” en sus diversas modalidades, bacteriemia, choque séptico, entre otras, entendiéndose por éstas lo siguiente:

La OMS establece que la “sepsis” surge cuando una persona tiene una infección y la reacción del cuerpo daña tejidos y órganos, puede aparecer por infecciones causadas por bacterias, virus, hongos y parásitos.

Esta Comisión Estatal procede a desglosar a detalle cada caso de los recién nacidos, de acuerdo con las deficiencias detectadas dentro de cada expediente clínico, según las tres opiniones técnicas emitidas por el médico que presta sus servicios a este Organismo Estatal:

- **RN V1**

La institución no pudo subsanar en tiempo la falla que impedía que se realizara el estudio denominado gasometría arterial; estudio que en el presente caso resultaba imprescindible desde el nacimiento de la paciente, así como para seguimiento estrecho y el cual resulta en una importancia fundamental para la vigilancia cardiorrespiratoria de la recién nacida máxime con la prematurez de la presencia de síndrome de membrana hialina que le había sido detectado.

Al presentarse la extubación (todo parece indicar que, de manera accidental, ya que no se aclara mayormente), se debió proceder a intubar de inmediato, como aparentemente ocurrió y solicitar controles radiológicos y gasometría arterial con

carácter de urgentes; condiciones éstas últimas que no se dieron en el presente caso.

No hay evidencia objetiva en el expediente clínico de que en cuanto nació la recién nacida haya sido internada en el servicio unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN), sino que, con las documentales que contamos, se puede establecer que su ingreso a dicho servicio se dio aproximadamente 4 horas posterior a su nacimiento. En el presente caso resultaba de suma trascendencia que ésta recién nacida estuviera en el servicio de Unidad de Cuidados Intensivos, inmediatamente después de su nacimiento, evidentemente lo anterior fundamentado en dos datos clínicos de suma relevancia: -Prematurez Extrema- y, -peso extremadamente bajo al nacer. -

En el presente caso, un neonato considerado prematuro extremo (menor de 28 semanas de gestación) es estrictamente obligatorio que todo el manejo médico sea dado por médicos neonatólogos, condición que no es posible documentar de manera fehaciente.

Los controles de laboratorio no se indicaron desde su nacimiento, cuestión totalmente contraria a Lex Artis de especialidad; ya que lo anterior resulta de suma trascendencia para contar con todos los datos médico-clínicos para un adecuado examen y manejo de la paciente; siendo que los únicos controles de laboratorio que se tomaron se registraron hasta la Nota Médica de Egreso, sin precisar la fecha en que éstos se solicitaron, como tampoco se precisa cuándo se realizaron éstos.

- **RN V2**

No se puede documentar lo contrario a lo referido por parte de la madre quejosa en su narrativa de hechos en relación a que su bebé no fue valorado en tiempo y forma por el servicio de cirugía pediátrica; es decir, aun cuando en algunas notas médicas de los primeros días del internamiento hospitalario se hace alusión, a que fue valorado por dicho servicio, no existe ninguna nota médica relativa a tal valoración, asimismo, no se asienta la hora ni el nombre del médico especialista que en su caso hubiese realizado tales valoraciones.

Ante el hecho de no contar con todos los controles de laboratorio debidos desde su ingreso y a lo largo de su internamiento hospitalario, se tiene que no es posible establecer con toda precisión si desde su ingreso (08 de julio) ya presentaba datos propios de una infección activa o bien, si está fue adquirida en medio hospitalario; más aún, a su ingreso le fue indicado de manera adecuada aplicación de doble esquema de antibióticos, lo cual también modifica el curso clínico de una infección ya presente o bien el establecer si una nueva infección se sobre agregó durante la estancia hospitalaria; es decir, ante la ausencia de resultados de laboratorio seriados, no es factible documentar con precisión si se presentó una I.A.A.S.

Lo que sí resulta evidente por los datos presentes en los controles de laboratorio del día 20 de julio, es que en esos momentos el paciente cursaba con una severa infección activa (Ello a pesar de que ya contaba con aplicación de antibióticos), misma que a su vez condicionaba datos de choque (séptico), de manera adicional, se puede establecer que desde este día también cursaba con datos de desequilibrio hidro-electrolítico; siendo que ambas alteraciones señaladas se conjuntaron para dificultar una buena evolución de la afección intestinal que también presentaba. Todo lo anterior condicionó el desenlace fatal que presentó el recién nacido de referencia.

El presente caso, ante las complicaciones que presentó al final de su vida, requería realización de necropsia clínica para el debido esclarecimiento de las causas de muerte; condición que no está documentado que se haya solicitado la correspondiente autorización a los padres y mucho menos de que la misma se haya efectuado; por lo que la determinación de la causa real de muerte no puede efectuarse de manera precisa.

- **RN V3**

Momentos después de su nacimiento comenzó con datos de dificultad respiratoria, lo cual hizo necesario internamiento hospitalario, mismo que se efectuó en el Área de Neonatología del mismo nosocomio, abarcando éste el día 17 al 28 de julio de 2017, es decir, un lapso de 11 días.

Casi en la totalidad del expediente clínico de la persona recién nacida a lo largo de su estancia intrahospitalaria, se denota que hubo un grado de descuido y abandono, ello evidenciado por el hecho que, a pesar de la prematurez y gravedad con que cursó el paciente durante su estancia hospitalaria, en múltiples momentos no se efectuó la correspondiente nota de evolución por turno como el caso lo requería, sino que ésta se elaboró en varias ocasiones hasta un día o más respecto de la nota previa.

En base a evolución clínica desfavorable y a los últimos controles de laboratorio, se tiene que, es altamente factible establecer que, al momento de su egreso hospitalario se trataba de un paciente que se encontraba ya infectado; sin embargo, no fue posible establecer el agente causal de la infección, ello en virtud de que, como se ha venido señalando a lo largo del presente caso, en diversos momentos del internamiento hospitalario hubo la presencia de múltiples omisiones al no solicitar ni realizar controles de laboratorio seriados, específicamente reactantes de fase aguda, ni la realización de cultivos, tal como lo ameritaba el caso, todo lo cual impidió la correcta y oportuna determinación del agente causal de la infección que para esos momentos presentaba ya el paciente.

- **RN V4**

Es muy evidente que, a lo largo de la atención médica otorgada a la persona recién nacida en diversos momentos se incurrió en incumplimiento de las obligaciones de medios, tanto diagnósticas como terapéuticas, ello tanto por parte del equipo médico que lo atendía, así como por parte de la institución.

En diverso momento de su atención médica, se contraviene a lo dispuesto por la NOM del Expediente Clínico, asimismo, se transgrede el derecho del paciente a contar con una información médica completa, entendible y veraz.

Desde el punto de vista clínico-médico se puede concluir que, a su egreso si presentaba datos propios de la patología denominada sepsis, fundamentado en dos consideraciones puntuales:

1. Desde 2 días previos a que se solicitara el egreso voluntario de dicha Institución por parte de sus padres clínicamente cursaba con datos propios de sepsis, sin que se hubiera procedido a documentar a fondo y de manera debida dicha patología y sin que se procediera a realizar ajuste al manejo con antibióticos indicados.
2. El diagnostico de sepsis se viene a corroborar a su ingreso a unidad médica diversa, donde los controles de laboratorio efectuados a su ingreso al ISSSTE confirmaron plenamente la presencia de dicha entidad patológica; es decir, el paciente ya venía infectado de la Institución hospitalaria de procedencia.

- **RN V5**

No se tomaron desde su nacimiento controles de laboratorio completos y control radiológico toraco-abdominal. Existe retardo en el primer control de laboratorio que se tomó, ya que éste tiene hasta el día 11 de julio de 2017, es decir, 3 días después de su nacimiento.

Dada su prematurez 30-32 SDG, se debió iniciar cobertura con antibiótico desde el día 11 de julio, día en el que se documentó presencia de infección, siendo que, en el presente caso ésta se dio hasta el día 12 de julio, es decir, el empleo de antibióticos se indicó de manera muy tardía.

En el presente caso, se puede establecer que SI existe presencia de Infección Asociada a la Atención de Salud (infección Nosocomial).

No existe indicada ni reportada ninguna Gasometría Arterial, estudio que resultaba de suma trascendencia para evaluar el patrón respiratorio de esta recién nacida, ello desde su ingreso al servicio.

No se tiene evidencia física ni reportada del control USG transfontanelar que se requería y que sí se indicó.

Hay deficiencia en la elaboración de las Notas Médicas, siendo que la NOM del Expediente Clínico indica que debe ser una nota por turno, lo cual en el presente

caso no se cumple, de manera adicional se tiene que entre los días 9 y 10 hay un lapso de 36 horas.

- **RN V6**

No existen notas medicas el día 10 de julio de 2017, lo que contraviene a la NOM del expediente clínico; así como también no existe evidencia de que se haya realizado el USG transfontanelar que se solicitó.

Asimismo, con fecha 13 de julio de 2017, se destaca que no se hayan solicitado todos los controles de laboratorio para estudio de Sepsis (controles laboratorio reactantes de fase aguda) y que tampoco se haya indicado la realización de USG abdominal.

Tampoco hay nota médica nocturna de esa fecha, se reitera que aún con estos datos y ante la severidad de la sepsis que presentaba el paciente, acorde a lo asentado en las indicaciones médicas, no se haya iniciado en ese momento con la aplicación de antibióticos (lo cual se dio hasta el día siguiente), situación que no se aclara el porqué. Peor aún, el esquema contemplado de ampicilina-amikacina no es el más idóneo frente a una infección tan severa como la que presentaba ya en esos momentos el paciente, por lo que ante tales resultados debieron ajustarse también al esquema de antibióticos a aplicar.

No hay nota del especialista de Neonatología, como se manifiesta en el contenido de la Nota Médica, lo que deja entrever la duda de quienes estuvieron a cargo del manejo del paciente en el servicio de Neonatología.

Asimismo, no se justifica que no se haya efectuado el cambio de esquema de antibióticos por el solo hecho de no presentar datos de sangrado activo, ya que clínica y laboratorial mente el paciente estaba evolucionando desfavorablemente, es decir, dichos controles revelan que se trataba de una infección muy severa que tendía a empeorar, lo cual era evidente en ese momento, y por lo tanto debió procederse a realizar el cambio del esquema de antibióticos.

A pesar de que el ingreso del bebé se dio por datos de insuficiencia respiratoria, se tiene que, en ningún momento se solicitó, ni se reportó la realización de Gasometría Arterial de control, ni siquiera en los últimos tres días de vida, en los que su evolución fue empeorando hacia la suma gravedad.

No se contó con aféresis plaquetaria (en la institución) sin aclarar el motivo. En general, no se efectuaron los controles de laboratorio desde su ingreso, una vez que le fue detectada la presencia de sepsis, tardíamente se efectuaron la implementación y el posterior ajuste de esquema de antibióticos. Se puede establecer que el presente caso sí cumple con los criterios para que sí sea considerado como que este paciente sí presentó una infección asociada a la atención de la salud (infección nosocomial).

- **RN V7**

En particular en este caso, la última nota médica consigna que se administró a este bebé un doble esquema de antibióticos y factor surfactante, situación que no se encuentra asentada en ninguna nota médica previa ni en ninguna de las indicaciones médicas y la única forma de corroborar si tal esquema de antibióticos y factor surfactante se aplicaron o no, lo es con las correspondientes hojas de enfermería (las cuales no se proporcionaron).

La última nota médica describe la presencia de enfermedad de membrana hialina; sin embargo, no se describe a qué hora se tuvo el control radiológico con el que se estableció dicho diagnóstico, ni en su caso, que tratamiento médico se implementó de manera específica para su manejo.

Asimismo, en nota de ingreso se asentó que se solicitaron controles de laboratorio, mismos que no fueron reportados en ninguna nota médica, ni en un documento independiente, por lo que nuevamente se está ante una omisión sensible y hay ausencia de información clínica de suma trascendencia en un caso como éste, no pudiendo precisar si la omisión se debió a que no se asentaron todos los resultados obtenidos (ya que sólo se asentó el grupo y factor Rh) o bien si se debió a que incluso no se solicitaron o no se tomaron los controles de laboratorio completos.

La indicación de antibióticos a doble esquema no hay forma de corroborar que efectivamente se dio, siendo más bien que con los elementos que se tienen, se puede establecer que no se procedió a indicar la aplicación de doble esquema de antibióticos desde su nacimiento, situación contaría a Lex Artis, ello en virtud de la prematurez extrema del producto y esta medida es considerada como una medida profiláctica (medida para evitar infección); ello sustentado en el hecho de que por su prematurez extrema el bebé en esos momentos presentaba un sistema inmunológico no desarrollado aún de manera adecuada, lo cual a su vez la predisponía a contraer infecciones con suma facilidad. Derivado de lo anterior se considera que hay una muy sensible omisión respecto de la indicación del doble esquema de antibióticos.

El razonamiento anterior aplica respecto de la aplicación del Factor surfactante; es decir, es hasta la última nota médica que se hace alusión de que fue aplicado, pues en notas médicas previas, así como en las indicaciones médicas, en ningún momento se señala la aplicación de dicha sustancia.

El factor surfactante de una sustancia natural de manera habitual se encuentra en las personas sanas en los alveolos pulmonares e impide que los alveolos, colapsen, permitiendo de esta forma un adecuado intercambio de oxígeno al respirar. Sin embargo, en los bebés prematuros dicha sustancia no se encuentra presente y dificulta el intercambio del oxígeno inspirado hacia la sangre, complicando en gran medida la respiración por sí solos de estos productos, derivado de ello requieren apoyo ventilatorio mecánico (ventilador) habitualmente y aplicación externa de dicho factor surfactante.

El presente caso, en definitiva no cumple con los criterios clínico-diagnósticos señalados para ser considerada como una muerte derivada de una infección asociada a la atención de la salud (I.A.S. -anteriormente denominada infección nosocomial); ya que no se presentó el criterio de cumplir con una temporalidad mínima de estancia hospitalaria de 48 horas en que estuviera sana y posterior a este tiempo se diera la aparición de signos médico-clínicos de infección (Manual RHOVE); siendo que, con mayor precisión en el presente caso se considera que, efectivamente la causa más factible de muerte la constituyó la prematurez

extrema, misma que condicionó una inmadurez orgánica sistemática generalizada y que finalizó con una falla orgánica múltiple.

De manera ideal, en el presente caso la única manera de confirmar la causa real del fallecimiento, así como para descartar presencia de malformaciones congénitas internas de esta recién nacida era a través de la realización de necropsia clínica; siendo que de lo anterior no hay evidencia en el expediente clínico en que se haya contemplado tal posibilidad y en consecuencia no hay documentales donde se asiente tal posibilidad y la correspondiente autorización por parte de los padres.

- **RN V8**

En este caso, en definitiva no cumple con los criterios clínico-diagnósticos señalados para ser considerada como una muerte derivada de una infección asociada a la atención de la salud (I.A.A.S. -anteriormente denominada infección nosocomial); ya que no se presentó el criterio de cumplir con una temporalidad mínima de estancia hospitalaria de 48 horas en que estuviera sano y posterior a este tiempo se diera la aparición de signos médico-clínicos de infección (Manual RHOVE); siendo que, con mayor precisión en el presente caso se considera que, efectivamente la causa más factible de muerte la constituyó la prematuridad extrema, misma que condicionó una inmadurez orgánica sistemática generalizada y que finalizó con una falla orgánica múltiple.

De manera ideal, en el presente caso la única manera de confirmar la causa real del fallecimiento, así como para descartar presencia de malformaciones congénitas de esta persona recién nacida era a través de la realización de necropsia clínica; siendo que de lo anterior no hay evidencia en el expediente clínico en que se haya contemplado tal posibilidad y en consecuencia no hay documentales donde se asiente la correspondiente autorización por parte de los padres.

Con todo lo anterior, de los casos analizados, queda claro que el tratamiento brindado a los recién nacidos en el Hospital General de Los Mochis no fue óptimo, mucho menos fue manejado con los tratamientos que las normas establecen.

I.2 Ausencia de Atención Especializada.

A su vez, la protección a la salud de los recién nacidos en México es un derecho constitucional y universal, garantizado mediante atención médica gratuita, oportuna y de calidad.

Las instituciones de gobierno brindan servicios públicos a la sociedad con el fin de cubrir las necesidades más apremiantes de los ciudadanos, entre ellas, la atención médica; es necesario resaltar que, si los actos u omisiones realizados por los servidores públicos o instituciones públicas son contrarios a la legalidad y tienen como consecuencia un perjuicio para los particulares, estamos hablando de que tales actuaciones son violatorias a derechos humanos.

En el caso que nos ocupa, de las evidencias que integran la investigación y del análisis que se llevó a cabo sobre los expedientes clínicos por parte del médico que presta los servicios para esta Comisión Estatal, en las tres opiniones médicas que emitió, se advierte que los recién nacidos en el Hospital General “Dr. Jesús Kumate Rodríguez” de Los Mochis, particularmente los nacidos prematuros, no fueron atendidos por médicos especialistas, ya que a decir de éste, deben estar a cargo de médicos especialistas en neonatología, considerando que todo prematuro extremo, invariablemente debe ser manejado por médicos en dicha especialidad, cosa que no fue así, lo cual sin duda es atribuible a la institución.

Así también, ante la falta de atención especializada, se tiene registro en las notas médicas, que no fueron turnados a la unidad de cuidados intensivos al momento de nacer, sino hasta horas más tarde, dejando en estado de indefensión a los recién nacidos, que por su naturaleza están expuestos a infecciones, por su misma condición de inmadurez orgánica.

Agregado a ello, existen los resultados de la supervisión realizada por la COEPRIS, encontrando que el nosocomio no presentó lineamientos para el análisis y muestreo de superficies de áreas críticas, como es, urgencias, hospitalización, terapia intensiva, hemodiálisis, áreas de quemados, áreas quirúrgicas, entre otras.

Tampoco contaba con un Manual de Procedimientos para Vigilancia, Prevención y Control de Neumonías Nosocomiales en pacientes de riesgo.

Asimismo, se advirtió que no siempre cuentan con insumos como jabón antiséptico líquido, toallas desechables en áreas críticas y la inexistencia de banco de leche.

Resulta claro, entonces, la transgresión que sufrieron las personas recién nacidas, quienes perdieron la vida debido a las complicaciones de salud por ausencia de atención médica por personal y equipo médico especializado en el Hospital General de Los Mochis.

Tanta fue la falta de atención especializada en los recién nacidos, que en ninguno de los casos se procedió a realizar la toma de cultivos de secreciones y/o aditamentos utilizados, ni toma de hemocultivos, situación que era apremiante, ya que, del análisis realizado a las notas médicas, por la prematurez de los recién nacidos, se encontraban con mayor riesgo de contraer infección por alguna bacteria.

En ese sentido, esta Comisión Estatal considera que la omisión generada por el personal médico del Hospital General de Los Mochis, que les correspondió la atención de los recién nacidos, por las circunstancias en que se encontraban en ese momento, transgredieron lo establecido en los reglamentos que se han venido mencionando.

De igual manera, se contravinieron con lo dispuesto en los artículos 32 y 33 fracciones II y IV de la Ley General de Salud; 74 de la Ley de Salud del Estado de Sinaloa, relacionado con el derecho a la protección de la salud.

I.3 Irregular integración del Expediente Clínico.

Una vez analizado los expedientes clínicos, por parte del médico que presta los servicios para esta Comisión Estatal de Derechos Humanos, emitió tres opiniones técnicas, en la primera de ellas analizó los casos de V1, V2, V5, V6, V7 y V8, en

la segunda el caso de V3, y en la última el caso de V4, en las cuales advirtió diversas irregularidades en dichos expedientes llevados a cabo en el Hospital General “Dr. Jesús Kumate Rodríguez” de Los Mochis, Sinaloa.

De los casos analizados, se pudo detectar cierto grado de descuido y/o abandono, en virtud de que presentaron carencias en la realización de las notas médicas, ya que se realizaban una por cada turno y en algunos casos existió un lapso de hasta 36 horas entre nota y nota, aun y cuando se estaba frente a pacientes con extrema prematurez, con pacientes en estado crítico de salud, considerando que en muchas ocasiones se amerita, incluso, más de una nota médica por turno.

Así también detectó que en los turnos nocturnos no existían notas médicas, lo que evidencia un descuido hacia el paciente, incluso en ninguno de los recién nacidos prematuros existe referencia de que en cuanto nacieron fueron internados en el servicio de unidad de cuidados intensivos neonatales; sin embargo, sí se puede establecer que dicho servicio se dio cuatro horas posteriores a los nacimientos.

Al respecto, la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico, señala las obligaciones específicas en relación a la información que debe integrar el expediente clínico, por lo que es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud.

El artículo 4.4 de la citada Norma Oficial Mexicana señala que el expediente es considerado como “conjunto único de información y datos personales de un paciente, que se integra dentro de todo tipo de establecimiento para la atención médica, ya sea público, social o privado, el cual, consta de documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de cualquier otra índole, en los cuales, el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables.

Tomando en consideración la relevancia que este representa y que a su vez el expediente clínico es la fuente informativa respecto la salud del paciente, para esta Comisión Estatal el expediente de cada uno de los pacientes deberá contener todos y cada uno de los elementos exigidos por la Norma Oficial Mexicana correspondiente, pues ésta es de observancia obligatoria para el personal del área de la salud.

Resulta de mucha importancia, porque incluso, en ninguno de los expedientes se adjuntó la constancia de la causa de muerte de los recién nacidos.

La Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico, tiene como objetivo establecer criterios tecnológicos, científicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso y archivo del expediente clínico. Su naturaleza obliga a todos los prestadores de servicios de atención médica de los sectores públicos, social e inclusive de carácter privado, ya que, de acuerdo al Plan Nacional de Desarrollo vigente, se busca mejorar la atención de los servicios de salud en todos los sectores.

Una de las formalidades exigidas por la Norma Oficial en comento lo es expresamente plasmar la rúbrica y el nombre de la persona que elabora el documento que forma parte del expediente clínico, así como de quienes supervisan y/o son responsables del paciente y del mismo expediente.

Asimismo, cada uno de los documentos deberán contener como mínimo fecha de ingreso/egreso del paciente, los motivos de cada uno de ellos, los diagnósticos iniciales y finales, los resúmenes de la evolución y del estado de salud actual, el manejo que se le dé durante su hospitalización, los tratamientos y recomendaciones, así como exponer de manera detallada los procedimientos o tratamientos que se le realicen, entre otros.

El acto mismo de realizar todas y cada una de las anotaciones, atenciones, manejos, valoraciones, medicamentos, procedimientos, tratamientos, propuestas de alternativas de tratamiento y demás, así como las acciones preventivas, curativas y rehabilitadoras en el expediente clínico genera certeza jurídica por parte del servidor público, mismas que se constituyen como una

herramienta de obligatoriedad para los sectores público, social y privado del sistema nacional de salud.

Así como plasmar la firma autógrafa da autenticidad a dicho documento, puesto que su ausencia en el documento público afecta la validez del mismo.

La NOM-004-SSA3-2012, relativo al expediente clínico, es clara al exigir de manera expresa los requisitos correspondientes del llenado e integración del expediente clínico, situación que no ocurre en el caso que nos ocupa, tal y como ha quedado expuesto, toda vez que se advierten de dicho expediente clínico omisiones y errores, lo que constituye inobservancia de reglamentos y responsabilidad profesional.

Con relación a lo anterior, cabe mencionar que los datos de llenado en las notas médicas del expediente clínico, establece que deberá contener como mínimo: *habitus exterior*, signos vitales (temperatura, tensión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria), peso y talla, así como, datos de la cabeza, cuello, tórax, abdomen, miembros y genitales o específicamente la información que corresponda a la materia del odontólogo, psicólogo, nutriólogo y otros profesionales de la salud.

II. Interés Superior de la niñez

II.1. Acciones u omisiones que transgreden el interés superior de la niñez

El interés superior de la niñez se encuentra reconocido en el artículo 4º, párrafos cuarto y noveno de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que prevén que en todas las decisiones y actuaciones del Estado se velará y cumplirá con este principio a fin de garantizar que las niñas, niños y adolescentes disfruten a plenitud sus derechos humanos.

Por ello, debe ser materializado en todos los ámbitos en que se desarrollen y convivan las niñas, niños y adolescentes, lo que se traduce en la obligación que tienen los padres, tutores, autoridades y servidores públicos que directa o indirectamente intervengan en su formación y desarrollo para satisfacer de

manera integral sus derechos, por lo cual cualquier decisión de la autoridad debe de estar dirigida a lograr su bienestar en todos los aspectos de su vida.

La Convención sobre los Derechos del Niño de las Naciones Unidas, en su preámbulo, reconoce que todo menor de edad, requiere de protección y cuidados especiales, puntualizando en su artículo 3.1, que todas las medidas que adopten las instituciones públicas o privadas concernientes a las niñas y los niños, los tribunales, las autoridades administrativas y los órganos legislativos, atenderán de manera primordial este principio.

En ese sentido, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, en su artículo 24.1, establece que *“Todo niño tiene derecho, (...), a las medidas de protección que su condición de menor requiere, tanto por parte de su familia como de la sociedad y del Estado”*.

El artículo 6° de la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, establece dos de los principios rectores en la protección de los derechos de niñas, niños y adolescentes, como son el *“interés superior de la niñez”* y la *“corresponsabilidad de los miembros de la familia, la sociedad y las autoridades”*.

La Convención Americana sobre Derechos Humanos, en el artículo 19, indica que todo niño debe recibir *“(…) las medidas de protección que su condición (...) requiere, por parte de su familia, de la sociedad y del Estado”*.

La Declaración Universal de Derechos Humanos en su artículo 25 señala que la infancia tiene *“derecho a cuidados y asistencia especiales”*.

En atención a ello, no perdamos de vista que los recién nacidos forman parte de una comunidad vulnerable y que debieron recibir la atención médica del más alto nivel a efecto de garantizarles ese derecho y los que del mismo derivan, ya que al afectarles el derecho a la protección de la salud y conllevó a un final trágico como fue la muerte, consecuentemente el resto de sus derechos fueron gravemente violentados.

Aseveración que se formula debido a que los médicos tratantes ignoraron que, dada la condición de salud de los recién nacidos, requería mayor protección y diligencia en su actuar, por lo que debieron adoptar la decisión de brindar atención médica integral frente a los riesgos y efectos secundarios de sus patologías, lo que no aconteció.

De acuerdo al estudio llevado a cabo sobre los expedientes clínicos por parte del médico que presta los servicios para esta Comisión Estatal, se señaló que el manejo de los recién nacidos prematuros no estuvieron a cargo de médicos especialistas en Neonatología, situación que cobra especial relevancia en los menores de 28 semanas de gestación, ya que como se dijo en líneas anteriores, tres de estos casos se sitúan en esta consideración, aunado a la falta de notas médicas de los expedientes clínicos, cuyas copias obran agregadas al expediente que ahora se resuelve.

En ese contexto, los médicos que atendieron a los recién nacidos vulneraron el interés superior de la niñez, al no haber considerado las condiciones mínimas para garantizarles los servicios de atención médica adecuada, integral y de calidad, que de acuerdo a la OMS implicaría *“una atención sanitaria de alta calidad que identifique las necesidades de salud de las personas de una forma total y precisa con recursos necesarios (humanos y otros) a estas necesidades de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite.*

Así también, se debió garantizar la seguridad del paciente como componente de la calidad de la atención médica, con la cual se evita, previenen y mejoran los resultados adversos derivados de procesos de atención sanitaria, lo que en el caso particular no aconteció, por lo cual transgredieron sus derechos a la protección a la salud que repercutió en la pérdida de su vida, previstos en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero y 4, párrafo cuarto y noveno constitucionales; 1º, 6º, fracciones I y VI, 13 fracciones I y IX, 14 y 50, fracciones I y II, de la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, 1, 3.1 y 3.3 de la Convención sobre los Derechos del Niño; artículo 4, punto 1 y 19, de la Convención Americana sobre los Derechos Humanos *“Pacto de San José”*; 12.1 y 12.2, inciso a), del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y

Culturales; principios II y IV de la Declaración de los Derechos del Niño, 25.2 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, 1, 2, fracciones I, II, V y VI, 3 fracción II, 23, 27, fracciones II, III y X, 32, 33 fracciones I y II y 51 párrafo primero de la Ley General de Salud, que en términos generales señalan que en la toma de decisiones en los que se encuentren relacionados niños, se debe atender primordialmente el interés superior de la niñez por formar parte de un grupo de atención prioritaria.

Indudablemente, corresponde al Estado Mexicano generar las acciones necesarias para alcanzar dicho objetivo a través de la capacitación continua del personal de la salud para que su actuar se ajuste a los protocolos y guías que rijan su actuar y de esta manera se garantice una adecuada atención médica que abarque la integridad personal de quienes confían en los servicios de salud para que se logre la meta propuesta mediante el reforzamiento de los servicios hospitalarios para hacer frente a cualquier tipo de infección nosocomial.

Si bien es cierto que no pasa desapercibido para este organismo que una de las principales causas de los fallecimientos de los recién nacidos citados con antelación se debió a “sepsis” en sus diferentes manifestaciones, lo cierto es que desde el hecho de haber nacido prematuros, era, a decir del médico que realizó el análisis de los expedientes clínicos, una alerta para manejar a los recién nacidos de una manera integral y realizar la toma de cultivos de secreciones y/o aditamentos utilizados, así como tomas de hemocultivos.

Como bien se señala en el análisis de los expedientes, a los recién nacidos se les diagnosticó dificultad respiratoria, misma que se agravó, presentaron cuadros altos de temperatura, lo cual indicaba algún tipo de infección, y a pesar que eran proclives a desarrollar “sepsis”, no se trató dicho “brote de infección”, como debía por parte del personal médico que los atendió.

Al respecto, la Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, “*Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales*”, establece que su objetivo fundamental es la prevención y control de las infecciones nosocomiales para garantizar la calidad de la atención médica, a través de la aplicación de normas, procedimientos, criterios y sistemas de trabajo

multidisciplinario para la identificación temprana, estudio, prevención y control de las infecciones de este tipo.

Medidas y/o garantías de no repetición.

En cuanto a todo lo descrito anteriormente, esta Comisión Estatal tiene a bien proponer a la autoridad medidas de no repetición de los actos y/o hechos violatorios que se han venido mencionando, consistentes en implementar acciones preventivas para evitar la repetición de los mismos y contribuir a la prevención, por lo cual deberán adoptarse medidas legales, administrativas y de otra índole para hacer efectivo el ejercicio de los derechos de las víctimas.

Las medidas y/o garantías de no repetición tienen un papel crucial en la prevención de futuras violaciones de los derechos humanos y en el refuerzo del Estado de Derecho, el respeto de los derechos humanos y la contribución al mantenimiento de la paz y el desarrollo.

Se destaca que, dentro de la Ley de Atención y Protección a Víctimas del Estado de Sinaloa, se encuentra establecida esta figura dentro del artículo 79 que a la letra dice: *“Las medidas de no repetición son aquéllas que se adoptan con el fin de evitar que las víctimas vuelvan a ser objeto de violaciones a sus derechos y para contribuir a prevenir o evitar la repetición de actos de la misma naturaleza.”*

Todas estas medidas tienen el potencial de actuar como una poderosa herramienta preventiva que contribuye de manera crucial a crear un espacio seguro para que las víctimas sean más visibles, y con un **profundo cambio de actitud** que las transformaciones sostenibles exigen.

“Artículo 80. Se entiende como medidas que buscan garantizar la no repetición de los delitos, ni de las violaciones a Derechos Humanos, las siguientes:

I. Supervisión de la autoridad;

- II. Prohibición de ir a un lugar determinado u obligación de residir en él, en caso de existir peligro inminente para la víctima;
- III. Caución de no ofender;
- IV. La asistencia a cursos de capacitación sobre Derechos Humanos; y
- V. La asistencia a tratamiento de deshabitación o desintoxicación dictada por un juez, sólo en caso de que la adicción hubiera sido causa de la comisión del delito o hecho victimizante.”

En razón de ello, esta Comisión Estatal considera que las medidas de no repetición constituyen una oportunidad para que las autoridades, en el respectivo ámbito de sus competencias, actúen con el fin de fortalecer una sociedad más justa, libre y respetuosa de la dignidad humana, mediante la realización de las acciones y por consiguiente, sumarse a una cultura de paz, legalidad y respeto a los derechos humanos que conjunten valores, actitudes y comportamientos para su protección y garantía; así como la adhesión a los principios de libertad, justicia, solidaridad y tolerancia, con la finalidad de evitar hechos similares a los analizados en el cuerpo de la presente resolución.

Por todo lo anterior, es importante destacar que el personal del Hospital General “Dr. Jesús Kumate Rodríguez”, de Los Mochis, Sinaloa, en la fecha que se suscitaron los hechos, no se encontraba bajo el régimen que dicta el Acuerdo Nacional para la Federalización del Sistema de Salud para el Bienestar, que fue celebrado bajo Convenio de Coordinación con fecha 20 de junio de 2023, entre el Gobierno Federal (IMSS-Bienestar) y el Gobierno del Estado de Sinaloa, en el que se establecen las bases para la transferencia de recursos, infraestructura y personal para la atención de personas sin seguridad social.

En base a ello, es factible propiciar una solución a la problemática planteada por este Organismo Estatal, determinando procedente someter el presente asunto a procedimiento de conciliación establecido en los artículos 13 fracción IV, 80, 81 y 82 de la Ley Orgánica de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos, y 87, 88 y 89 de su Reglamento Interior, y proponiendo a usted, C. Doctor Cuitláhuac

González Galindo, Secretario de Salud y/o Director de los Servicios de Salud del Estado de Sinaloa, el siguiente:

ACUERDO DE CONCILIACIÓN

Primero. Se imparta en un plazo no mayor a seis meses, un curso integral de capacitación al personal del Hospital General de Los Mochis, Ahome, Sinaloa, específicamente de las áreas encargadas del cuidado del recién nacido (cuidados intensivos neonatales, cuidados intermedios, cuneros, seguimiento y desarrollo), relacionado con el derecho a la protección a la salud, así como la debida observancia y contenido de las NOM-004-SSA3-2012- Del Expediente Clínico y NOM-007-SSA2-2016- Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida, así como de la NOM-045-SSA2-2005 Para la Vigilancia epidemiológica y control de infección nosocomiales que deben cumplir los establecimientos del sector salud.

Los cursos deberán ser impartidos por personal que acredite estar calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos; una vez realizados, se envíen a esta Comisión Estatal las pruebas con que acredite su cumplimiento.

Segundo. Gire sus instrucciones para que, en el plazo de dos meses, contados a partir de la aceptación del presente Acuerdo de Conciliación, se dé a conocer el contenido del presente Acuerdo de Conciliación entre el personal de los diversos nosocomios que dependen de esa Secretaría de Salud, ello con el ánimo de contribuir a la prevención y evitar la repetición de los actos similares a los que por esta vía se mencionaron.

Tercero. En el término de seis meses se adopten medidas efectivas de prevención, que permitan garantizar que los expedientes clínicos que se generen con motivo de la atención médica que brindan, se encuentren debidamente integrados, conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional y se emita una circular para que sean registrados aquellos casos en que haya sospecha de probable infección nosocomial.

En el entendido, que a partir de la fecha en que le sea notificada la presente propuesta de conciliación, se le concede un plazo que no exceda de **5 días hábiles**, a efecto de que se sirva generar por escrito la respuesta correspondiente, misma que de aceptarse, agradeceré a usted se envíen las pruebas para cumplir con tal fin.

Sirven además de fundamento al presente oficio lo dispuesto por los artículos 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 77 Bis de la Constitución Política del Estado; 1º; 2º; 5º; 8º; 52, 82, 83, 95, 103 y demás relativos de la Ley Orgánica de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos.

Sin otro particular, aprovecho la oportunidad para enviarle un cordial saludo.

Atentamente

Lic. Óscar Loza Ochoa
Presidente