

RECOMENDACIÓN NO. 12/2023

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS A SALUD, A LA VIDA Y AL INTERÉS SUPERIOR DE LA NIÑEZ DE V1, V2, V3, V4, V5, V6 Y V7, Y DE MANERA COLECTIVA, A LA SALUD, ALIMENTACIÓN, EDUCACIÓN Y NIVEL DE VIDA ADECUADOS DE LA COMUNIDAD INDÍGENA RARÁMURI DE CHORÉACHI, EN EL MUNICIPIO DE GUADALUPE Y CALVO, CHIHUAHUA.

Ciudad de México, a 31 de enero de 2023

**MTRA. MARÍA EUGENIA
CAMPOS GALVÁN
GOBERNADORA DEL ESTADO
DE CHIHUAHUA**

**LIC. JULIO CÉSAR CHÁVEZ
PONCE
PRESIDENTE MUNICIPAL DE
GUADALUPE Y CALVO**

Distinguida señora Gobernadora y Presidente Municipal:

1. 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, 26, 41, 42, 44, 46, 51 y 60 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; así como 128 a 133 y 136 de su Reglamento Interno, este organismo nacional ha examinado las evidencias del expediente **CNDH/4/2021/1403/Q**, relativo al caso del fallecimiento de niñas y niños a

consecuencia de desnutrición en la comunidad indígena Rarámuri de Choréachi, en el Municipio de Guadalupe y Calvo, Chihuahua.

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, de conformidad con los artículos 6º, apartado A, fracción II, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 4º, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; 78, párrafo primero y 147 de su Reglamento Interno; 68, fracción VI y 116, párrafos primero y segundo de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública; así como 1º, 3º, 9º, 11 fracción VI, 16, 113, fracción I y último párrafo, así como, 117 párrafo primero de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública; y, 1, 6, 7, 16, 17 y 18 de la Ley General de Protección y Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, los datos se pondrán en conocimiento de las autoridades recomendadas a través de un listado adjunto, en el que se describe el significado de las claves utilizadas, con el compromiso de dictar las medidas de protección correspondientes.

3. Para una mejor comprensión del presente documento, las claves, denominaciones y abreviaturas utilizadas son las siguientes:

Claves	Denominación
V	Víctima
Q	Persona quejosa
AR	Autoridad Responsable
SP	Persona Servidora Pública
E	Persona de la comunidad entrevistada

4. En la presente Recomendación, la referencia a distintas dependencias, instancias de gobierno, cargos de personas servidoras públicas, autoridades y expedientes, se hará con acrónimos o abreviaturas a efecto de facilitar la lectura y evitar su constante repetición, las cuales podrán ser identificadas como sigue:

Nombre	Acrónimo / Abreviatura
Encuesta Intercensal 2020 del INEGI	Encuesta Intercensal
Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Chihuahua	Comisión Estatal
Comisión Interamericana de Derechos Humanos	CIDH
Corte Interamericana de Derechos Humanos	CrIDH
Comisión Nacional de los Derechos Humanos	Comisión Nacional / Organismo Nacional / Organismo Autónomo
Secretaría de Salud de Chihuahua	Secretaría de Salud
Suprema Corte de Justicia de la Nación	SCJN
Niñas, Niños y Adolescentes	NNA
Ley General de Víctimas	LGV
Ley de Víctimas para el Estado de Chihuahua	LVCH
Centro de Recuperación Nutricional y Albergue Materno	CERENAM
Hospital Integral (Comunitario) de Guadalupe y Calvo, Chihuahua	Hospital General 1
Hospital General de Parral, Chihuahua	Hospital General 2
Comité de Estrategias para la Reducción de la Mortalidad	Comité

Nombre	Acrónimo / Abreviatura
Asociación civil Alianza Sierra Madre A.C.	A.C.
Programa Chihuahua Crece Contigo del Estado de Chihuahua	Chihuahua Crece

I. HECHOS

5. El 21 de enero de 2021, Q1, Q2 y Q3, primer y segundo Gobernador Tradicional así como Comisaria de Policía Tradicional respectivamente, en su carácter de autoridades tradicionales de la comunidad indígena Rarámuri de Choréachi (Pino Gordo), en el Municipio de Guadalupe y Calvo, Chihuahua; así como Q4 y Q5, como representantes de las autoridades tradicionales e integrantes de la Asociación civil Alianza Sierra Madre A.C., presentaron un escrito de queja ante la Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Chihuahua, en el cual manifestaron que de octubre de 2019 a junio de 2020, siete niñas y niños menores de 5 años, indígenas (Rarámuri) de esa comunidad, habían muerto por causas relacionadas con desnutrición infantil y enfermedades prevalentes de la infancia, todas prevenibles y curables.

6. Posteriormente mediante comparecencia en la Comisión Estatal Q1, Q2 y Q3, junto con sus representantes jurídicos, señalaron que consideraban necesarios los servicios de salud y de programas nutricionales, pues a pesar de que en esos momentos se construía un Centro de recuperación nutricional, la comunidad nunca fue consultada e informada para su diseño, construcción y operatividad, de acuerdo a sus necesidades y estándares culturales.

7. Por lo anterior, el 25 de enero de 2021, la Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Chihuahua, radicó el expediente de queja registrado en el libro de control bajo el número 10s.1.4.016/2021. Por la trascendencia de los hechos, el

29 de enero del 2021, la Comisión Estatal remitió una copia de la citada queja a este Organismo Nacional.

8. Al tratarse de un asunto que por su especial gravedad ante el estado de vulnerabilidad en el que se encontraba la niñez indígena de la comunidad de Choréachi; la naturaleza del caso trascendía el interés de la entidad federativa e incidía en la opinión pública Nacional, este Organismo Nacional, conforme al artículo 6° fracción XVI de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, así como 14 del Reglamento Interno, acordó el 24 de febrero de 2021, ejercer la facultad de atracción de este caso, determinando el inicio del expediente de queja **CNDH/4/2021/1403/Q**.

a. Caso de V1

9. V1 era una niña Rarámuri originaria de la localidad de Sitánachi, comunidad indígena de Choréachi.

10. El 21 de febrero de 2016, E4 promotor indígena comunitario solicitó apoyo para conseguir la presencia de personal médico en la localidad de Sitánachi, con la finalidad de realizar la evaluación del estado de salud de "seis *niños muy enfermos*", razón por la cual se realizó comunicación con personal del programa Chihuahua Crece.

11. El 22 de febrero de 2016, se logró, con la intervención de las autoridades de la Jurisdicción Sanitaria III, la movilización del equipo de salud adscrito a la Unidad Médica Móvil de Tejamanil, hacia la localidad de Sitánachi.

12. El 23 de febrero del mismo año, V1 fue ingresada al Hospital General 1 y el 3 de abril personal del Hospital reportó al equipo de Chihuahua Crece Contigo¹

¹ Programa a cargo del Gobierno del Estado de Chihuahua, implementado a través de la Secretaría de Desarrollo Social.

su fallecimiento, cuando tenía un año de edad, mientras recibía atención médica por desnutrición aguda-moderada e infección respiratoria aguda.

b. Caso de V2

13. Q1, Q2, Q3, Q4 y Q5, señalaron que, V2 era una niña de dos años, tres meses, Rarámuri originaria de la localidad de Batayechi, localidad indígena de Choréachi (Pino Gordo) municipio de Guadalupe y Calvo.

14. El sábado 28 de septiembre de 2019, a las 14:00 horas, E4 el promotor indígena comunitario de salud, notificó telefónicamente a personal del programa de salud Chihuahua Crece, que la niña presentaba edema bilateral y se encontraba sin respuesta a estímulos, por lo que solicitó una pronta evaluación médica y el traslado de algún equipo de salud para la evaluación de la paciente.

15. Treinta minutos después, personal del programa Chihuahua Crece reportó telefónicamente el caso al Hospital General 1 y solicitó el traslado de algún equipo de salud para la evaluación en sitio, de la paciente.

16. El domingo 29 de septiembre de 2019, a las 12:00 horas, la Dirección del Hospital General 1, notificó a personal de Chihuahua Crece, que no se había logrado destinar un vehículo para el traslado del equipo médico hacia Choréachi, solicitando investigar si en la comunidad alguna persona contaba con vehículo, gasolina y chofer capaz de trasladar a la paciente. Obteniendo como respuesta que en la comunidad no se contaban con esos medios.

17. El lunes 30 de septiembre de 2019, a las 9:50 horas, personal de Chihuahua Crece contactó telefónicamente a autoridades de la Jurisdicción Sanitaria III (con sede en Hidalgo del Parral) para notificar el caso y solicitar el envío de equipo

médico a la comunidad. Mientras eso ocurría la niña no había ingerido agua, alimentos, ni presentaba respuesta a estímulos; ese mismo día alrededor del mediodía personal de la señalada Jurisdicción informó a personal de Chihuahua Crece que un equipo médico se encontraba en camino a la comunidad para la evaluación médica.

18. El miércoles 2 de octubre de 2019, E4, el promotor indígena comunitario de salud, al haber transcurrido 4 días sin que ningún tipo de personal médico se presentara a la comunidad a valor a la niña y esta continuaba deteriorándose, solicitó ayuda a la A.C., por lo que esa asociación contactó por servicio de mensajería instantánea a través de la aplicación *WhatsApp* al entonces Gobernador del Estado (Javier Corral Jurado) la situación.

19. Ante la falta de apoyo de las autoridades del Estado de Chihuahua, el 3 de octubre de 2019, familiares de la niña decidieron trasladarla a pie por su propia cuenta al Hospital Rural IMSS-PROSPERA localizado en el Municipio de Guachochi, Chihuahua. Traslado que es de aproximadamente 2 días a pie, atravesando la barranca Sinforosa.

20. El jueves 3 de octubre de 2019, aproximadamente a las 12:00 horas arribó a la comunidad de Choréachi la Unidad Médica Móvil Caravana Mesa del Durazno, notificando que no encontró a la niña, por lo que personal de Chihuahua Crece inició la búsqueda en los centros de salud utilizados por las personas de Choréachi.

21. El 11 de octubre de 2019, es ingresada a ese Hospital Rural de Guachochi, posteriormente el día 14 del mismo mes y año citado se le traslada al Hospital Rural del IMSS-Bienestar del Valle de Allende y el jueves 17 de octubre personal de Chihuahua Crece Contigo es notificado del deceso de V2 por desnutrición severa ocurrido en el Hospital General 2.

c. Caso de V3

22. V3 era un niño Rarámuri, originario de la localidad de Arroyo del Manzano, comunidad indígena de Choréachi (Pino Gordo), municipio de Guadalupe y Calvo.

23. Falleció en el Hospital General 1, por paro cardiorrespiratorio el 29 de octubre de 2019, cuando tenía seis meses de edad, mientras recibía atención médica por desnutrición, choque hipovolémico y probable sepsis.

d. Caso de V4

24. V4 era una niña Rarámuri originaria de la localidad de Terreros, comunidad indígena de Choréachi (Pino Gordo), municipio de Guadalupe y Calvo.

25. El 31 de octubre de 2019, recibió una consulta médica brindada por la Unidad Médica Móvil Caravana Cumbres del Durazno, diagnosticándole “*desnutrición moderada y diarrea*” y se decidió trasladarla al Hospital General 1.

26. El 3 de noviembre de 2019, fue trasladada del Hospital General 1 al Hospital General 2. Falleció en ese último Hospital, el 4 de noviembre de 2019, cuando tenía dos años 6 meses de edad, mientras recibía atención médica por desnutrición aguda-severa, bronconeumonía, enfermedad gastrointestinal aguda y deshidratación.

e. Caso de V5

27. El 23 de febrero de 2020, personal de Chihuahua Crece reportó a la Dirección de la A.C., el fallecimiento de V5, un niño Rarámuri que residía en la localidad de Sitánachi, comunidad indígena de Choréachi.

28. Según lo informado, el 21 de febrero de 2020, E4, el promotor indígena comunitario solicitó apoyo a la A.C., para conseguir la presencia de personal médico en la localidad de Sitánachi con la finalidad de realizar la evaluación del estado de salud de “*seis niños muy enfermos*”, razón por la cual esa Asociación realizó comunicación con personal del programa Chihuahua Crece Contigo.

29. El 22 de febrero de 2020 se logró, con intervención de las autoridades de la Jurisdicción Sanitaria III, la movilización del equipo de salud adscrito a la Unidad Médica Móvil de Tejamanil, personal de salud que, a su llegada a la comunidad, fue informada que el niño había fallecido “*unas tres horas antes*”, que contaba con aproximadamente 10 meses de edad y se estableció como causa de muerte una probable neumonía.

f. Caso de V6

30. V6 era un niño Rarámuri originario de la localidad de Mesa de Los Pinos, comunidad indígena de Choréachi.

31. El 19 de mayo de 2020, la promotora indígena comunitaria solicitó al equipo del programa Chihuahua Crece el envío de personal médico para la evaluación de un bebé de dos meses de edad que presentaba dificultades para respirar.

32. Personal de Chihuahua Crece notificó el caso al Centro Regulador de Urgencias Médicas de Chihuahua (CRUM) y a través de éste se logró movilizar al equipo sanitario dispuesto en la Unidad Rural Corre Coyote y el 20 de mayo de 2020, alrededor de las 15:00 horas el equipo realizó una evaluación del estado de salud del niño y decidió trasladarlo hacia el Hospital General 1, ofreciendo como diagnóstico una “*probable neumonía*”.

33. El 21 de mayo de 2020, el niño falleció mientras le practicaban maniobras de intubación buscando estabilizarle con la finalidad de trasladarle hacia la Ciudad de Chihuahua, cuando tenía dos meses de edad.

g. Caso de V7

34. V7 era una niña Rarámuri de la comunidad de Choréachi, cuyo fallecimiento ocurrió en su casa el 17 de junio de 2020 sin recibir atención médica, sin que se cuenten con más datos al respecto.

35. En razón de lo anterior, este Organismo Nacional radicó el expediente **CNDH/4/2021/1403/Q**; para la investigación de los hechos y la documentación de las posibles violaciones a derechos humanos, por lo que solicitó información a las autoridades presuntamente responsables, se realizaron las diligencias pertinentes, se obtuvieron informes del personal médico involucrado, copia de los expedientes clínicos de V2, V3, V4 y V6, integrados en el Hospital General 1 y otros centros médicos, entre otras documentales, cuya valoración lógico-jurídica es objeto de análisis en el capítulo de observaciones y análisis de las pruebas de la presente Recomendación.

II. EVIDENCIAS

36. Copia del escrito de queja de 21 de enero de 2021, de Q1, Q2, Q3 y Q5, remitido por correo electrónico el 29 de enero de 2021, a este Organismo Nacional, por parte de la Comisión Estatal.

37. Acta circunstanciada de personal de la Comisión Local que se adjuntó a la queja, de 21 de enero de 2021, en la que se hizo constar la comparecencia de Q1, Q2, Q3, Q4 y Q5, ante dicho Organismo, en la que las personas peticionarias ampliaron su queja y se les informó de la radicación del expediente CEDH10.S.1.4.16/21.

38. Oficio V4/5060, de 23 de febrero de 2021, mediante el cual esta Comisión Nacional solicitó la implementación de medidas cautelares en favor de las personas del Municipio de Guadalupe y Calvo, Chihuahua, en especial a la comunidad indígena de Choréachi.

39. Acuerdo de atracción de fecha 24 de febrero de 2021, por el cual la Presidenta de este Organismo Nacional, ejerció la facultad de atracción del expediente número CEDH10.s.1.4.16/21, del índice, de la comisión Estatal.

40. Oficio SS-00099, de fecha 25 de febrero de 2021, a través del cual la Secretaría de Salud del Gobierno Federal, aceptó las medidas cautelares emitidas y manifestó haber dictado las instrucciones para la implementación de estas.

41. Oficio SS/073-2021, de fecha 01 de marzo de 2021, mediante el cual la Secretaría de Salud, aceptó las medidas cautelares solicitadas e indicó que implementaría las mismas.

42. Oficio PRE-029/2342-2021, de fecha 25 de febrero de 2021, recibida en este Organismo Nacional el 05 de marzo de 2022, por el cual el Presidente Municipal de Guadalupe y Calvo, aceptó las medidas cautelares solicitadas.

43. Oficio número OAG-DDHINS-1826-2021, de fecha 5 de marzo de 2021, suscrito por el Director de Derechos Humanos e Investigación Normativa en Salud de la Secretaría de Salud Federal.

44. Oficio con número CEDH:1s.1.036/2021, de 4 de marzo de 2021, recibida el 09 de ese mismo mes y año en este Organismo Nacional, a través del cual la Comisión Estatal, remitió el expediente, número CEDH10.S.1.4.16/2021, del cual destacan los siguientes documentales:

44.1. Oficio con clave COEPIDJ/068/2021, mediante el cual la Comisión Estatal para los Pueblos Indígenas de Chihuahua, manifestó carecer de facultades para la implementación de Políticas Públicas para la atención a la salud y la alimentación de niñas y niños de los diversos pueblos indígenas asentados en el territorio estatal.

45. Oficio número CEDH 10s.1.4.136/2021, de fecha 7 de abril de 2021, por el cual la Comisión Estatal remitió el diverso SS/0120-2021, a través del cual la Secretaría de Salud, rindió ante ese Organismo Local el informe de Ley, de las que destacan:

45.1. Copia certificada de registro diario de pacientes de la brigada médica desplegada en el periodo del 22 de mayo al 2 de junio de 2020, en la comunidad de Choréachi, Municipio de Guadalupe y Calvo, Chihuahua.

45.2. Copia certificada de la receta médica expedida a V7.

45.3. Levantamiento de tamizaje².

45.4. Visitas domiciliarias realizadas por el promotor de la salud, en el domicilio de V7.

45.5. Oficio SPPS/079/2021, de fecha 23 de febrero de 2021, suscrito por la Subsecretaria de Prevención y Promoción de la Salud y Directora Ejecutiva de Servicios de Salud de Chihuahua.

45.6. Convenio de colaboración DIF/218/2017, para la distribución de dotaciones alimentarias en favor de las personas en situación de

² El tamizaje consiste en exámenes de laboratorio practicados al recién nacido para detectar padecimientos de tipo congénito o metabólico para que puedan ser tratados oportunamente para prevenir daños irreversibles. Es una prueba obligatoria que se le realiza a todos los recién nacidos en México.

vulnerabilidad y cuadro de distribución de despensas entregadas por el DIF Estatal, signado en fecha 16 de octubre de 2017.

45.7. Minutas de acuerdo y compromisos asumidos dentro del Comité, respecto de las defunciones de V2, V3, V4 y V6.

45.8. Oficios números DM-2021-362 y DM-2021-389, de fechas 8 de febrero y 18 de marzo de 2021, respectivamente, suscritos por el Director Médico de Servicios de Salud de Chihuahua, mediante los cuales se remitió copia certificada de los expedientes clínicos, así como Dictamen médico de las niñas y niños V2, V3, V4 y V6.

45.9. Oficio DM/2021-355, de fecha 09 de marzo de 2021, suscrito por el Director Médico de Servicios de Salud de Chihuahua, por el cual remitió el diverso DM/UM/2021, de fecha 19 de febrero de 2021, suscrito por el Coordinador del Programa de Fortalecimiento a la Atención Médica.

45.10. Concentrado de las visitadas realizadas por el Programa de Fortalecimiento a la Atención Médica 2021, que abarca las localidades de Pino Gordo.

45.11. Nota informativa elaborada por los promotores de la salud en Sitánachi, perteneciente a la localidad e Pino Gordo, donde se evidencia la defunción del niño V5.

45.12. Concentrado de censo de niñas y niños menores de 5 años, efectuado por la Unidad Médica Móvil Pino Gordo, dentro del período de 2019 y 2020.

46. Acta circunstanciada de fecha 12 de octubre de 2021, en la que personal de este Organismo Nacional hizo constar la visita en sitio realizada en la comunidad

indígena Rarámuri de Choréachi, Municipio de Guadalupe y Calvo, Chihuahua, el día 6 de octubre de 2021, mediante la cual realizaron diversas investigaciones.

47. Intervención psicológica-social realizada por personal de la Coordinación de Especialidades Científicas y Técnicas de la Comisión Nacional.

48. Oficio número 880/2021, de fecha 10 de diciembre de 2021, por medio del cual el Director de Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Chihuahua rindió su informe sobre los hechos manifestados en la queja.

49. Oficio sin número de fecha 17 de enero de 2022, mediante el cual el Asesor Jurídico del DIF Municipal de Guadalupe y Calvo, rindió un informe.

50. Oficio con número SS/DJ/0213-2022, de fecha 1 de marzo de 2022, a través del cual la Jefa de Departamento de Servicios Jurídicos de la Secretaría de Salud, rindió un informe sobre los hechos y anexó diversas documentales, de las que destacan:

50.1. Oficio número EPI-082-2022, suscrito por el Subdirector de Epidemiología de los Servicios de Salud.

50.2. Oficio DPCE/SMP/PASIA/007/2022, de fecha 23 de febrero de 2022, suscrito por la Subdirectora de Medicina Preventiva de la Secretaría de Salud, mediante el cual remitió las minutas del Comité, en las que se abordaron las 7 defunciones de las niñas y los niños del presente caso.

50.3. Oficio DPCE/SMP/PASIA/005/2022 de fecha 16 de febrero de 2022, suscrito por la Subdirectora de Medicina Preventiva adscrita la Secretaría de Salud, mediante el cual remitió, copia del Plan Estratégico para la Reducción de la Desnutrición Infantil 2022, de Chihuahua.

51. Opinión médica 1, de fecha 8 de marzo de 2022, elaborado por una médica de la Coordinación de Especialidades Científicas y Técnicas de esta Comisión Nacional.

52. Oficio número OAG-DDHINS-2737-2022, de fecha 22 de abril de 2022, por medio del cual la Secretaría de Salud rindió un informe sobre los hechos.

53. Oficio DEDH-077/2022, de fecha 20 de mayo de 2022, suscrito por la Subsecretaria de Normatividad y Asuntos Jurídicos del Departamento de Enlace de Derechos Humanos de la Secretaría General de Gobierno del Estado de Chihuahua, mediante el cual remitió información sobre el caso.

54. Oficio número CGAJ/DAJ/2022/OF/0271, de fecha 23 de mayo de 2022, por el cual el Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas rindió un informe sobre los hechos.

55. Actas circunstanciadas en las que se hacen constar las visitas en sitio a la comunidad los días 19, 20 y 21 de abril de 2021 y 21, 22 y 23 de junio de 2022.

56. Opinión médica 2, de fecha 12 de agosto de 2022, realizada por una médica de la Coordinación de Especialidades Científicas y Técnicas de este Organismo Nacional.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

57. El 21 de enero de 2021, Q1, Q2, Q3, Q4 y Q5, presentaron un escrito de queja ante la Comisión Estatal. Por lo anterior, el 25 de enero de 2021, la Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Chihuahua, radicó el expediente de queja registrado en el libro de control bajo el número 10s.1.4.016/2021.

58. El día 23 de febrero de 2021, con fundamento en los artículos 15 fracciones IV y XII, 24 fracción I, II, V, y 40 de la Ley de la CNDH, en relación con los

numerales 26, fracción XVIII, 116 Y 118 de su Reglamento Interno, esta Comisión Nacional requirió al Gobierno del Estado de Chihuahua, a la Secretaría de Salud, la Secretaría de Salud Federal, al Presidente Municipal de Guadalupe y Calvo y otras autoridades estatales y federales la implementación de medidas cautelares en beneficio de la comunidad indígena de Choréachi, con la finalidad de atender la problemática de desnutrición y de acceso a la salud de la comunidad. Medidas cautelares que fueron aceptadas por las autoridades y este Organismo Nacional ha dado seguimiento al cumplimiento de las mismas.

59. Al tratarse de un asunto que por su especial gravedad ante el estado de vulnerabilidad en el que se encontraba la niñez indígena de la comunidad de Choréachi; la naturaleza del caso trascendía el interés de la entidad federativa e incidía en la opinión pública Nacional, este Organismo Nacional conforme al artículo 6° fracción XVI de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, así como 14 del Reglamento Interno, acordó el 24 de febrero de 2021, ejercer la facultad de atracción de este caso, determinando el inicio del expediente de queja **CNDH/4/2021/1403/Q**.

60. Con motivo de los hechos no se han presentado otras acciones jurídicas ante los tribunales administrativos, penales ni instancias internacionales.

IV. OBSERVACIONES Y ANÁLISIS DE PRUEBAS

61. Del análisis lógico-jurídico y de equidad realizado al conjunto de evidencias que integran el expediente **CNDH/4/2021/1403/Q**, en términos de lo dispuesto en los artículos 41 y 42 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, el presente apartado se desarrollará con un enfoque de máxima protección de los derechos humanos, a la luz de los estándares e instrumentos jurídicos nacionales e internacionales en la materia, de precedentes emitidos por esta Comisión Nacional, así como de criterios jurisprudenciales, tanto de la

Suprema Corte de Justicia de la Nación como de la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CrIDH) y bajo los enfoques de Derechos Humanos, interés superior de la niñez, interseccionalidad, interculturalidad y una perspectiva de género, para determinar la existencia de violaciones a los derechos humanos a la salud, a la vida y al principio de interés superior de la niñez de V1, V2, V3, V4, V5, V6 y V7; así como de manera colectiva a la salud, a la alimentación adecuada; así como a un nivel de vida adecuado, en agravio de la población indígena Rarámuri de Choréachi.

62. Debido a la discriminación, la exclusión social, las políticas de asimilación y otros factores que históricamente de manera injusta han sufrido los pueblos y comunidades indígenas asentados en el territorio nacional, se encuentran en una situación de vulnerabilidad que ocasiona que el acceso a los bienes y servicios necesarios para que vivan de manera digna y se desarrollen de acuerdo con sus aspiraciones propias, sea muy difícil, situación que se exagera en las mujeres y la niñez de estos pueblos, por lo que pueden encontrarse en una situación de múltiple vulnerabilidad (por ser mujeres, indígenas, en situación de pobreza, etc.). Es por ello que para poder abordar las violaciones a Derechos Humanos que este Organismo Nacional acreditó en el presente caso, debe de realizarse el abordaje desde una perspectiva del contexto social en el que se encuentra actualmente la comunidad indígena Rarámuri de Choréachi, desde un enfoque de interseccionalidad³, con la finalidad de que las autoridades encargadas de velar por la garantía, protección y promoción de sus derechos humanos tengan un panorama más amplio sobre sus necesidades y en conjunto con la comunidad

³ El enfoque de Interseccionalidad es una herramienta epistemológica, jurídica y metodológica para reconocer la multiplicidad de factores por los que una persona puede sufrir discriminación y los efectos que dicha violación a sus derechos humanos tiene en su proyecto de vida, el acceso a oportunidades, su acceso a la igualdad ante la ley. Esta categoría posibilita la identificación de los engranajes de exclusión para entender la negación del respeto y garantía de los derechos humanos

realicen las acciones necesarias para lograr la reparación del daño ocasionado a las víctimas de violaciones a derechos humanos.

A. CONTEXTO DE LA COMUNIDAD INDÍGENA RARÁMURI DE CHORÉACHI, CHIHUAHUA

A.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS Y DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

63. El pueblo Tarahumara o Tarámuri, que significa *“corredores a pie; proviene de las raíces: rara (pie) y muri (correr). Para ellos es sinónimo de las personas o los humanos.”*⁴, en oposición a las personas mestizas que son llamadas Chabochi o Yori. Esta población *“[...]procede de grupos nómadas migrantes hacia el sur que se dispersaron en la región noroeste quienes se fueron dispersando en valles propios para la agricultura”*.⁵

64. Habitan la parte de la Sierra Madre Occidental que atraviesa el Estado de Chihuahua y el suroeste de Durango y Sonora. A su territorio también se le denomina Sierra Tarahumara.

65. Esta Sierra se encuentra *“[...] ubicada en el noroeste de México, en el estado de Chihuahua. Es una región donde escasea el agua, de clima extremo: encontramos profundas y calurosas barrancas, al igual que elevadas y frías cumbres. Pese a las prolongadas sequías, la Sierra se distingue por su inmensidad y su impactante belleza.”*⁶.

⁴ Cfr. Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas, *Etnografía del pueblo tarahumara (rarámuri)*, México. Abril de 2017. Disponible en: <https://www.gob.mx/inpi/articulos/etnografia-del-pueblo-tarahumara-raramuri>. (consultado el 25 de mayo de 2022)

⁵ Cfr. Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas, *Atlas de los Pueblos Indígenas de México*, disponible en: <http://atlas.inpi.gob.mx/tarahumaras-chihuahua-durango-y-sinaloa/> (Consultado el 27 de mayo de 2022).

⁶ Pintado Cortina, Ana Paula, Tarahumaras. CDI, *Pueblos Indígenas del Pueblo Contemporáneo*, México, 2004, pág. 6., disponible en:

66. Los tarahumaras de Chihuahua, que gracias a su relativo aislamiento habitan en una de las sierras más remotas y agrestes del país, han conservado sus autoridades tradicionales casi intactas, pese a que viven en municipios que no están bajo su control. La autoridad mayor la ejerce un Siriame, elegido entre los hombres mayores por su prestigio, sabiduría y capacidad de convencer y conciliar entre las y los miembros de su comunidad; lo auxilian varios otros cargos y las decisiones más importantes que se toman en una asamblea en la que participan todos los varones.⁷.

67. Muchas de las personas de este pueblo “[...]viven durante el invierno en las barrancas y en el verano en la cumbre; en ambos lugares tienen varias tierras dispersas, algunas de ellas con restos de casas donde sus abuelos o padres vivieron. A los rarámuri les gusta cambiarse de casa cada cierto tiempo, por lo que es común ver casas “abandonadas”, las cuales seguramente en algún momento volverán a ser ocupadas. Su patrón de asentamiento es disperso y móvil.⁸.

68. La Comunidad indígena Rarámuri de Choréachi, también llamada en español Pino Gordo, se encuentra en la Sierra Tarahumara del Municipio de Guadalupe y Calvo, Chihuahua, esta comunidad se encuentra integrada por 64 Rancherías y tiene una extensión de 32,000 hectáreas.

69. De acuerdo con los datos del Censo de Población y Vivienda 2020, del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), en el Municipio de

<https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/12583/tarahumaras.pdf> (Consultado el 27 de mayo de 2022)

⁷ Cfr. Navarrete Linares, Federico, CDI, *Los pueblos indígenas de México, Pueblos Indígenas del México Contemporáneo*, México, 2008, pág. 43. Disponible en: http://ru.ffyl.unam.mx/bitstream/handle/10391/353/monografia_nacional_pueblos_indigenas_mexico.pdf;jsessionid=17EB93670214641C0FBF9233BF27D3ED?sequence=1. (Consultado el 15 de junio de 2022)

⁸ Pintado Cortina, Ana Paula, Óp. Cit. pág. 19.

Guadalupe y Calvo, se registra una población total de 50,514 personas (50.15% son mujeres y 49.84% hombres), de las cuales 21,671 (42.90%) son personas indígenas.

70. Cabe destacar que, según los datos de ese Censo, en la comunidad de Choréachi, se registra una población total de 34 personas, de las cuales 18 son mujeres y 16 hombres, situación que difiere de la realidad existente en la comunidad pues según los datos que este Organismo Nacional ha recabado de las autoridades tradicionales de la comunidad, actualmente son 600 personas adultas y 300 niñas y niños aproximadamente.

A.1.2. Lengua

71. *De acuerdo con el “Catálogo de las Lenguas Indígenas Nacionales: Variantes Lingüísticas de México con sus autodenominaciones”⁹, del Instituto Nacional de Lenguas Indígenas el idioma Tarahumara tiene las siguientes variantes:*

- a) tarahumara del oeste: rarómari raicha
- b) tarahumara del norte: ralámuli raicha (del norte)
- c) tarahumara de Cumbres: ralámuli raicha (de Cumbres)
- d) tarahumara del centro: ralámuli raicha (del centro)
- e) tarahumara del sur: rarámari raicha

⁹ INALI, Catálogo de las Lenguas Indígenas Nacionales: Variantes Lingüísticas de México con sus autodenominaciones y referencias geoestadísticas, tercera sección, Pág. 5. Disponible en: https://www.inali.gob.mx/pdf/CLIN_completo.pdf

A.1.3. Cosmovisión

72. El concepto de cosmovisión proviene de dos términos: cosmo, que significa todo lo que nos rodea, integrando bajo esta concepción no solo lo material, sino también lo espiritual y visión, que es la forma de concebir; es decir, ver el cosmos.

73. La cosmovisión en el Pueblo Rarámuri es de gran trascendencia para su autodefinición:

*“[...] El que no hace la fiesta no es rarámuri. Para serlo, hay que trabajar, porque la fiesta también es trabajo, es una manera de cumplir con sus antepasados y así mantener sus tradiciones. Para los rarámuri, la tierra es donde los pusieron los anayáwari (los “antepasados”); es prestada, razón por la cual hay que trabajarla y respetarla. Toda la naturaleza es digna de respeto y hay que tratarla con amor, con el mismo amor con el que los anayáwari cuidan a los rarámuri. Por eso, no hay que matar a un animal nada más porque sí: hay que sacrificarlo y ofrecerlo a los anayáwari, como en el caso del chivo. Sólo deben matarse a los animales que hacen daño [...]”.*¹⁰

74. Los trastornos comunes son tratados a nivel doméstico, en tanto que las enfermedades más serias requieren de la atención de un especialista. Entre estos últimos encontramos al sipáame o raspador, quien cura por medio de la raspa del jícuri y el bakánow; el owirúame que cura por succión; el onéame que sana a través de los sueños; y el wanáame quien también succiona el mal. El médico rarámuri es respetado e incluso temido ya que puede utilizar su poder para hacer daño o para curar.¹¹.

¹⁰ Cfr. Pintado Cortina, Ana Paula, Óp. Cit., pág. 17.

¹¹ Etnografía del pueblo tarahumara (arámuri). *Un vistazo a los rasgos más distintivos de los pueblos indígenas de México.*, Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas, 19 de abril de 2017,

A.1.4. Forma de gobierno

75. De acuerdo con información recabada por esta Comisión Nacional, mediante entrevistas con personas de la comunidad, el sistema de gobierno de la comunidad indígena de Choréachi, se conforma por dos *Siríame* o Gobernadores, que son personas que deben de tener ciertas capacidades para asumir el encargo, como sabiduría, el conocimiento amplio de la comunidad y el respeto del pueblo; estas autoridades son elegidas mediante asamblea comunitaria y duran en el cargo 3 años; además de estos, se encuentran dos Comisarios que ejercen la función de seguridad en la comunidad, un General Jefe que dura en su encargo hasta 5 años y un Mayor, que debe de ser una persona de más de 50 años, renovada cada 3 años y que tiene como principal función officiar los matrimonios en la comunidad, dar recomendaciones cívicas a la niñez y adolescentes de la comunidad, así como organizar y supervisar las festividades.

76. Además de estos se encuentran soldados y otros puestos de menor rango. A través de este sistema político se gobierna y se toman decisiones al interior de la Comunidad a través del consenso y se representa la comunidad ante las autoridades del Gobierno.

A.1.5. Educación, salud y pobreza

77. De acuerdo con los datos de la Censo de Población y Vivienda 2020, del INEGI, del total de la población en el Municipio de Guadalupe y Calvo, que es de 50,514 personas, la población de 3 a 5 años que no asiste a la escuela es de 2,281 personas, lo que representa el 4.5%, mientras que la población de 15 años y más analfabeta es de 6,274 personas, lo que equivale al 12.4 %; sin embargo,

disponible en: <https://www.gob.mx/inpi/articulos/etnografia-del-pueblo-tarahumara-raramuri>
(Consultado el 6 de julio de 2022)

como se señaló anteriormente, al existir un desconocimiento estadístico de la población de Choréachi, no se pueden tener datos reales de las condiciones en materia educativa con las que se cuentan en la comunidad.

78. De acuerdo con lo documentado a través de las visitas que personal de este Organismo Nacional ha realizado a la comunidad de Choréachi, se puede advertir que si bien es cierto que en la comunidad existe una escuela que cuenta con los servicios de comedor y características para funcionar como escuela de tiempo completo, según datos recabados en un dictamen psicológico social realizado por personal de este Organismo Nacional, el profesor de la comunidad asiste solamente un día cada dos semanas, atendiendo a 45 niñas y niños de una población de 600 o 700 niños, lo cual equivale entre el 7.5% y el 6.42% del total de las niñas y niños de la comunidad, lo que significa que más del 90% de la niñez de la comunidad no recibe atención educativa.

79. Según datos del mismo censo del INEGI, en materia de servicios de salud, la población sin afiliación a servicios de salud en el Municipio de Guadalupe y Calvo es de 7,143 personas, lo que equivale al 14.14% del total de la población.

80. En cuanto a las estadísticas de pobreza, en este Municipio, de acuerdo con la medición de la pobreza Municipal de 2010 a 2020 del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), registra una población total de 48,121 personas, de las cuales, 36,494 se encuentran en situación de pobreza, lo que equivale a un 75.8% de la población total de ese Municipio. Además, ese Municipio presenta un muy alto grado de rezago social ocupando el lugar 21 en el contexto nacional.

A.1.6. Contexto de violencia, tala ilegal y despojo de territorio

81. En este tipo de comunidades que se encuentran tan alejadas de las poblaciones urbanas, en lo más alto de las Sierras, han sido invadidas por el narcotráfico que recluta, en muchos casos, por la fuerza a las personas indígenas o les obliga a refugiarse en zonas cada vez más agrestes y aisladas para escapar a la violencia. Los taladores ilegales también amenazan la tranquilidad de muchas comunidades, además de destruir su medio ambiente.¹²

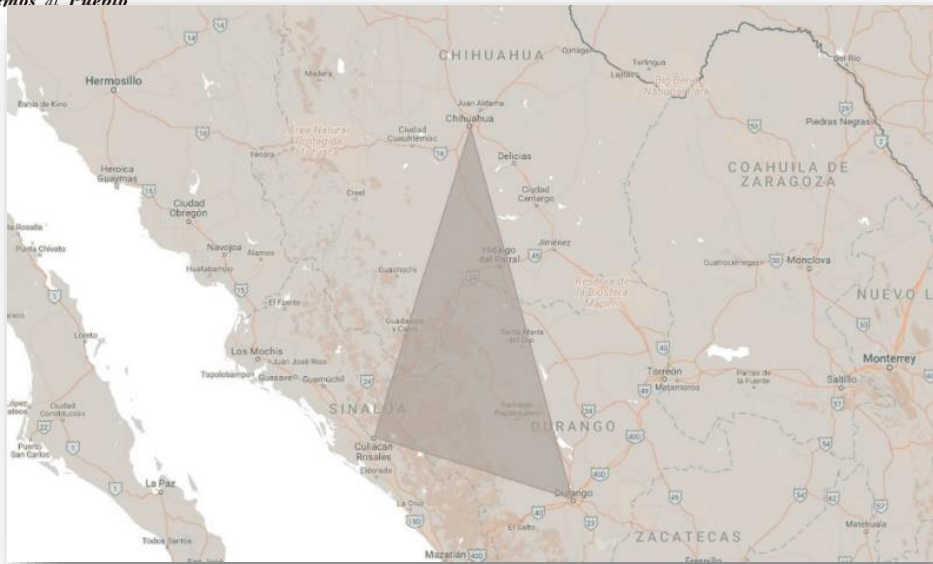
82. De acuerdo con datos de monitoreo de la Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito, las principales áreas de siembra del cultivo de amapola en México se localizan en los Estados de Oaxaca, Guerrero, Nayarit y en el Triángulo Dorado (Sinaloa, Chihuahua y Durango); la siembra en los estados citados se ha observado desde el primer estudio de monitoreo realizado en 2014-2015. En su mayoría, los plantíos de amapola se ubican en zonas remotas y de difícil acceso.¹³

83. El “*Triángulo Dorado*” o “*Triángulo de Oro*”, es una zona de la Sierra Madre Occidental en la cual confluyen los estados de Chihuahua, Sinaloa y Durango. Comprende una extensión aproximada de 63,426 kilómetros cuadrados (Cuadro 1 y Figura 1).¹⁴

¹² Cfr. Navarrete Linares, Federico, Óp. Cit., pág.125.

¹³ Cfr. Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito, México, *Monitoreo de Plantíos de Amapola, 2018 – 2019, Sistema de Monitoreo de Plantíos Ilícitos en el Territorio Mexicano*, Junio de 2021, pág. 24. Disponible en:https://www.unodc.org/documents/mexicoandcentralamerica/2021/Mexico_Monitoreo_Plantios_Amapola_2018-2019.pdf. (Consultado el 12 de julio de 2022)

¹⁴ Santacruz De León, E. E., y Palacio Muñoz, V. H. (2018). *Incendios Forestales y Cultivos ilícitos en México, Una Aproximación a la Problemática*, Universidad Autónoma Chapingo, Centro de Investigaciones Económicas, Sociales y Tecnológicas de la Agroindustria y la Agricultura Mundial. Disponible en: 10.5154/r.textual.2017.71.002. (Consultado el 19 de julio de 2022)



84. Uno de los factores que agravan la situación de violencia estructural en la Sierra Tarahumara son las actividades asociadas al cultivo y transporte de amapola y, en menor medida, de marihuana. Desde la década de los setenta y ochenta la zona del llamado “*triángulo dorado*”, era conocida internacionalmente por la producción de enervantes. Sin embargo, el narcotráfico ha cambiado dramáticamente las relaciones sociales, configuraciones de movilidad y patrones de producción en la región.¹⁵

85. Estas actividades del crimen organizado se han diversificado, por ejemplo, las mismas personas habitantes señalan un mayor control en la venta de madera, alimentos y bebidas alcohólicas, entre otras. La situación ha provocado que familias enteras de personas indígenas y mestizas hayan tenido que abandonar sus rancherías y comunidades para desplazarse hacia centros urbanos en busca de condiciones seguras de vida¹⁶.

¹⁵ Cfr., Dr. Juan Jaime Loera González y Lic. Jesús Hernández Olivas, Sierra Tarahumara: Violencia sistemática y conflictos socio-ambientales en Chihuahua, México, Programa de Maestría en Antropología Social, CONACYT / INAH EAHNM. Pág. 22.

¹⁶ Ídem.

86. Otra de las problemáticas que se observan en este tipo de territorios indígenas, como en el caso de la Sierra Tarahumara de Chihuahua, es que en las últimas décadas ha habido un incremento en la extracción y explotación de recursos energéticos, forestales, mineros y acuíferos.¹⁷.

87. Según la iniciativa de monitoreo *Global Forest Watch*, desde 2002 hasta 2021, México perdió 697kha de bosque primario húmedo, lo que representa 16% de pérdida total de su cobertura arbórea en el mismo periodo de tiempo. El área total de bosque primario húmedo en México disminuyó en 7.6% en este periodo de tiempo.

88. Como ya se mencionó anteriormente, la relación que los pueblos y comunidades indígenas tienen con sus tierras va más allá de su derecho de propiedad, es parte de su identidad y al no ser reconocidas sus tierras que ancestralmente han poseído y las formas de imposición que el Estado ha realizado, estos pueblos y comunidades están en constante confrontación con los núcleos de población ejidal y comunidades agrarias, así como con particulares, pues para las personas mestizas o como le llaman las personas Tarahumaras “*Chabochis*”, la tierra únicamente representa un bien objeto de apropiación y de explotación de recursos naturales.

89. Estas confrontaciones se han originado a partir de juicios de prescripción adquisitiva que han promovido personas particulares. Lo que ha ocasionado que ante la falta de asistencia y representación jurídica de las comunidades indígenas sobre sus territorios, el Estado generalmente a partir de su mecanismo arcaico agrario, dote de tierras a ejidos y reconozca comunidades agrarias sobre territorio de los pueblos y comunidades indígenas.

¹⁷ Ibidem, pág. 21.

A.1.7. Desnutrición e Inseguridad alimentaria

90. Según la Organización Mundial de la Salud, (OMS) el término malnutrición, se refiere a las carencias, los excesos y los desequilibrios de la ingesta calórica y de nutrientes de una persona. Abarca tres grandes grupos de afecciones¹⁸:

a) La desnutrición, que incluye la emaciación (un peso insuficiente respecto de la talla), el retraso del crecimiento (una talla insuficiente para la edad) y la insuficiencia ponderal (un peso insuficiente para la edad);

b) La malnutrición relacionada con los micronutrientes, que incluye las carencias de micronutrientes (la falta de vitaminas o minerales importantes) o el exceso de micronutrientes; y

c) El sobrepeso, la obesidad y las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación (como las cardiopatías, la diabetes y algunos cánceres).

91. De acuerdo con datos de esta Organización, todos los países del mundo están afectados por una o más formas de malnutrición, por lo que combatir todas las formas de malnutrición es uno de los mayores problemas sanitarios a escala mundial.¹⁹

92. En materia local, de acuerdo con datos del estudio *La salud de los mexicanos que habitan en localidades de menos de 100,000 habitantes*, realizado por el Instituto Nacional de Salud Pública en el año 2019, se estima que 43% (249 millones) de la niñez menor de cinco años que habitan en países de bajos y

¹⁸ Organización Mundial de la Salud. Malnutrición. Datos y cifras. Notas descriptivas. OMS, 2018. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition>. (Consultado el 6 de julio de 2022)

¹⁹ Organización Mundial de la Salud. Óp. Cit.

medianos ingresos del mundo tiene un alto riesgo de sufrir deficiencias en su desarrollo debido a la extrema pobreza y al retraso en el crecimiento.²⁰ La prevalencia de anemia también fue mayor para los menores que pertenecían a un hogar indígena.²¹

93. De acuerdo con la Organización de Naciones Unidas para la Agricultura y Alimentación (FAO) existe seguridad alimentaria "Cuando todas las personas tienen en todo momento acceso físico, social y económico a los alimentos suficientes, inocuos y nutritivos que satisfagan sus necesidades energéticas diarias y preferencias alimentarias para llevar una vida sana y activa".

94. De acuerdo con el mismo estudio, la seguridad alimentaria es un factor indispensable para el cumplimiento de los derechos humanos y de la salud de las personas, especialmente de las niñas y los niños. En este contexto, un dato importante es que la inseguridad alimentaria moderada y severa se mantuvo en 43% en el periodo entre 2012 y 2018 en localidades de menos de 100 000 habitantes.²²

95. También se reportó que alrededor de un tercio de los hogares en México se encuentran en las formas más graves de inseguridad alimentaria y que los

²⁰ Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018. Resultados en localidades con menos de 100 000 habitantes, Salud pública de México, vol. 61, número 6, noviembre-diciembre de 2019, Instituto Nacional de Salud Pública, pág. 711. Disponible en <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/11013>. (Consultado el 22 de julio de 2022)

²¹ Ídem.

²² Verónica Mundo-Rosas y otros, *La seguridad alimentaria en los hogares en pobreza de México: una mirada desde el acceso, la disponibilidad y el consumo*. Instituto Nacional de Salud Pública, México, 2019. Disponible en: <https://doi.org/10.21149/10579>. (Consultado el 05 de agosto de 2022)

estados del sur, los hogares indígenas y los hogares en pobreza tienen un mayor grado de inseguridad alimentaria.²³

96. Según datos del Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2021, (ESANUT 2021), en México, la baja talla se mantiene prevalente en 12.6% de las niñas y niños menores de cinco años, que representan a alrededor de 1, 258 300 preescolares del país. La prevalencia de emaciación se encontró en 1.5% de los menores, y la de bajo peso en 3.7 por ciento.²⁴

97. Además, se detectó que en mayor medida en las localidades rurales (5.4%) y en menor proporción en las localidades urbanas (3%). La baja talla también es más prevalente en las localidades rurales (18.8%) y menos en las urbanas. Esta tendencia se repite con la prevalencia de emaciación.²⁵

98. En el caso de los Pueblos y comunidades indígenas, a pesar de que durante tiempos inmemoriales han prevalecido sus sistemas alimentarios, actualmente se encuentran entre los más afectados debido al cambio climático, el aprovechamiento de recursos naturales por las industrias extractivas, expansión de la ganadería, la producción agrícola, el desplazamiento forzado interno, el reasentamiento y los cambios en el uso de la tierra.

99. Respecto del tema de la seguridad alimentaria, según la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), el mundo produce suficiente cantidad de alimentos para alimentar a toda su población; sin embargo,

²³ Instituto Nacional de Salud Pública, *La seguridad alimentaria en los hogares en pobreza de México: una mirada desde el acceso, la disponibilidad y el consumo*. (Consultado el 08 de agosto de 2022)

²⁴ Instituto Nacional de Salud Pública, *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Continua 2021* (Consultado el 15/08/2022)

²⁵ Instituto Nacional de Salud Pública, *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Continua 2021* (Consultado el 15/08/2022)

la causa básica del hambre y la desnutrición no es la falta de alimentos sino por falta de acceso a los alimentos disponibles.²⁶.

100. También es necesario tomar en cuenta que, dentro de los objetivos de la agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible de la ONU, se encuentra el número 1, referente al fin de la pobreza, que establece el compromiso de los Estados para garantizar la protección social de todas las niñas y los niños y otros grupos vulnerables que resulta crucial para reducir la pobreza, por lo que en concordancia con el anterior, también el objetivo 2 “Poner fin al hambre”, establece que es necesario actuar rápidamente para proporcionar alimentos y ayuda humanitaria a las regiones que corren más riesgos.

B. VISITAS EN SITIO A LA COMUNIDAD Y DICTÁMENES REALIZADOS POR ESTE ORGANISMO NACIONAL

101. El día 19 de abril del 2021, un equipo de trabajo encabezado por la Directora General y Encargada del Despacho de la Cuarta Visitaduría General de este Organismo Nacional sostuvo una reunión de trabajo, con representantes de la Asociación civil Alianza Sierra Madre A.C.

102. Q4, integrante de esa asociación y su equipo de trabajo señalaron que los servicios de salud con los que la Secretaría de Salud trata de cubrir la atención en esa materia a la comunidad de Choréachi, desde el año 2020, es a través de la Brigada Chihuahua Crece, la cual cubre 4 regiones, cada una con la representación de una persona promotora de Salud, con la implementación de unidades médicas móviles, que acuden a la comunidad a brindar la atención médica de primer nivel, considerando que este equipo no acude las veces que

²⁶ Cfr. Comisión Presidencial Coordinadora de la Política del Ejecutivo en Materia de Derechos Humanos, *Derecho Humano a la Alimentación y a la seguridad alimentaria*, Guatemala, pág. 7 disponible en: <https://www.corteidh.or.cr/tablas/r29521.pdf>. (Consultado el 22 de agosto de 2022)

son necesarias, no proporciona la atención médica adecuada y no es suficiente para atender tanto las enfermedades normales que generalmente se presentan, como con la niñez que padece de desnutrición infantil. Indicó que, para tratar de revertir esta situación, el Gobierno del Estado se encontraba en esos momentos creando un CERENAM.

103. Además de la señalada problemática en materia de salud, la asociación civil hizo del conocimiento de este Organismo Nacional, que existía un patrón de hacinamiento en la sierra tarahumara, así como un conflicto de carácter agrario entre la comunidad de Choréachi y otra, que ha derivado en actos de violencia.

104. El día 20 de abril de 2022, personal de esta Comisión Nacional, así como de la Comisión Estatal, se dividió en grupos para acudir a las rancherías con el apoyo del Profesor de la comunidad de Choréachi, entrevistando a la población de esa comunidad, así como algunas de las autoridades tradicionales de la comunidad.

105. Con base en el resultado de estas entrevistas se pudo documentar esencialmente que el centro de salud más cercano a la comunidad de Choréachi, se encuentra aproximadamente a dos horas y media en auto; que el CERENAM se encontraba en esos momentos sin médico y que se han presentado casos de fallecimientos de mujeres embarazadas a causa de falta de atención médica y dificultades para trasladarlas a hospitales, por la lejanía, falta de acceso a la comunidad, falta de una ambulancia y de atención por parte de las autoridades.

106. Asimismo, que la brigada de salud proporciona en algunas ocasiones una despensa, que consta de frijol, sopa, tortilla de maíz, pinole, etc., que alcanza para cubrir las necesidades de alimento de aproximadamente una semana.

B.1. Visita a la comunidad indígena de Choréachi y Dictamen psicológico social realizado por personal de este Organismo Nacional

107. Del día 4 al 8 de octubre de 2021, un equipo interdisciplinario de este Organismo Nacional acudió a la comunidad indígena de Choréachi con la finalidad de realizar una intervención psicológica-social a cargo de un psicólogo de la Comisión Nacional. Dicha intervención se realizó por medio de los métodos de evaluación de entrevista en un enfoque semidirigido²⁷, observación²⁸ y la escucha activa²⁹.

108. Con esta intervención esencialmente se obtuvo la siguiente información y resultados:

109. Mediante entrevista a E1, originaria de la comunidad de Choréachi y ayudante del médico, cuando asiste a la comunidad, manifestó que: “[...] *es importante instrumentar campañas de información sobre el uso de medicamentos porque los promotores no son eficientes, un problema inicial consiste en que la mayoría son hombres y las mujeres rarámuris prefieren hablar con otra mujer, se entienden mejor [...]*”.

110. La entrevistada agregó que “un grave problema de la comunidad infantil es la desnutrición y, en cuanto a los tratamientos para la desnutrición, es frecuente

²⁷ La persona profesional coloca el tema y permite que su interlocutora desarrolle sobre él. Tiene por objetivo la búsqueda de información, sobre la historia de vida, la exposición a situaciones traumatogénicas, el evento a investigar, así como los efectos de esta.

²⁸ Se obtiene información del lenguaje verbal y no verbal (movimientos, reacciones fisiológicas, gestos, ademanes, etc.), y las inconsistencias entre el lenguaje verbal, facial y corporal.

²⁹ Es una forma de comunicación que demuestra al hablante que el oyente le ha entendido. Es una forma de dirigir la conversación, porque el hablante va a ampliar la información.

que las mamás distribuyan el complemento alimenticio de un niño entre los demás hijos de la familia lo que hace insuficiente la efectividad del tratamiento.”.

111. Otra de las entrevistadas, E2, indicó al entrevistador, que “[...] no ve sentido que le surtan la tienda si la comunidad no tiene dinero ni actividades económicas para que adquieran los productos de la tienda.”

112. A esta entrevistada se le preguntó si alguna persona de la comunidad era encargada de atender los partos, por lo que respondió que como tal no hay en la comunidad una partera, ya que todas las mujeres de la comunidad saben cómo intervenir y atenderlos, por lo que de manera colectiva atienden a la parturienta, salvo que el parto se complique acuden a la comunidad de Corre Coyote donde se cuenta con un centro de salud.

B.2. Opinión médica 1 realizada por personal de este Organismo Nacional

113. Entre los días 6 y 9 de octubre de 2021, una médica forense de este Organismo Nacional realizó una evaluación de la pertinencia y las condiciones de las instalaciones médicas, en la comunidad de Choréachi, así como de la situación en materia de salud, en la que se encontraba la niñez de ese lugar. Lo anterior se realizó mediante la aplicación de encuestas a madres de niñas y niños entre los 0 a 13 años que acudieron al CERENAM de Choréachi, obteniéndose una muestra de 19 personas en etapa infantil. Dentro de los principales resultados de la evaluación se encontró lo siguiente:

114. Según la información del estudio, la Caravana de salud está conformada por un chofer y una enfermera, careciendo de personal médico que otorgue las medidas de atención y tratamiento apropiado de primer contacto, lo que

compromete el acceso a la salud de la población de las comunidades donde se brinda el servicio.

115. El 84.2% de la muestra no identifica cuando su hija o hijo se encuentra con algún grado de desnutrición.

116. La muestra materna reflejó que cuando las niñas y los niños se encontraron enfermos, la cantidad de alimentos que consumía o lactaba era igual que siempre y 94.7% menos de lo normal.

B.3. Visita a la comunidad de Choréachi y Opinión Médica 2 realizada por personal de este Organismo Nacional

117. El día 21 de junio de 2022, en una caravana integrada por 1 camioneta con 2 elementos de la Fiscalía Especializada en Investigación de Violaciones a Derechos Humanos y Desaparición Forzada del Estado de Chihuahua, 2 camionetas oficiales de la Policía Estatal de la misma entidad federativa y 1 camioneta arrendada tipo 4x4, con un equipo multidisciplinario de esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos, partió de la ciudad de Hidalgo del Parral, Chihuahua rumbo a la comunidad de Choréachi.

118. El equipo de trabajo se trasladó a través de la única vía terrestre que existe para acudir a la comunidad de Choréachi, misma que es de muy difícil acceso, que se caracteriza por ser un camino rural de terracería, con piedras, tierra; sin señalamientos para llegar a la comunidad de Choréachi; de un solo carril y que por las condiciones climatológicas existentes y de los días anteriores, dificultaba la movilidad, incluso con el uso de las camionetas todo terreno; llegando a la comunidad después de recorrer alrededor de 10 horas de trayecto.

119. El día de la llegada se pudo observar que el centro de la comunidad se encuentra conformado por una escuela, unas instalaciones del CERENAM y una

construcción presuntamente de un Centro de Salud, observándose que el Centro de Salud se encontraba cerrado con una cadena con candado además de la chapa de la puerta, sin presencia de personal médico o de enfermería.

120. En el CERENAM tampoco se encontró la presencia del nutriólogo o de personal del DIF a cargo del centro u otras Autoridad estatal, únicamente estaba E3, quien indicó que era la auxiliar del CERENAM, que había sido elegida en la comunidad para apoyar al nutriólogo; asimismo, mencionó que el nutriólogo y personas de la “Unidad móvil de salud”, se habían retirado el día 19 de junio de 2022 y que el Centro de Salud únicamente funciona cuando se encuentra personal de la unidad, caso contrario se cierra con candado.

121. Ese mismo día, la médica de este Organismo, con el apoyo de la E3, quien fungió como traductora, procedió a realizar entrevistas y valoraciones médicas a las niñas y niños que se encontraban en ese momento en el CERENAM. Se les explicó el contenido del consentimiento informado que las mamás de las niñas y niños debían firmar en caso de estar conformes con la realización de las entrevistas, en el que se establece que se ha informado a las entrevistadas en que consiste la misma, así como la valoración médica de su hija o hijo, y en caso necesario la toma de fotografías de hallazgos físicos y lesiones, respetando la confidencialidad de los datos y las imágenes.

122. Se procedió a realizar las entrevistas y valoraciones medicas de las niñas y los niños, con el consentimiento previo de sus mamás, con la ayuda de T1, llenando el formato “Historia clínica pediátrica”.³⁰.

³⁰ Conformar de los siguientes datos: a) de identificación de la menor y la informante (familiar), b) padecimientos de los últimos 8 meses, c) antecedentes heredofamiliares, d) antecedentes personales no patológicos e) antecedentes ginecobstétricos, (mamá) f) inmunizaciones, g) desarrollo psicomotor, h) habitación e higiene, i) patológicos, j) exploración física.

123. Mientras la médica de este Organismo realizaba las consultas y revisiones médicas personal de este Organismo Nacional entrevistó a E4, quien indicó que también era promotor indígena de la comunidad en las Rancherías de Napuchi, huizarochi, Coyachi, Mesa Sintanachi, Arroyo Coyachi y Sintanachi, siendo un vínculo entre el personal médico y la comunidad, teniendo como principal función la de estar al pendiente de las mujeres embarazadas, la niñez con desnutrición y cualquier otra urgencia médica que hubiera en las rancherías de las que se encuentra a cargo.

124. El señalado promotor también agregó que, en caso de requerirse la atención médica tenía la obligación de reportar la urgencia vía telefónica (trasladándose al lugar en el que hay cobertura de telefonía, pues en la comunidad no existe ese servicio) a “*Chihuahua 1*” (presuntamente un contacto de la Secretaría de Salud) para que esa autoridad enviara transporte para trasladar a la persona enferma al Centro de Salud en Corre Coyote, al Hospital General 1 o en su caso al Hospital General 2; por otro lado, de encontrarse en esos momentos la unidad médica se lleva a ese lugar a la persona paciente.

125. En el caso del Centro de Salud, mencionó que el personal médico se había retirado 2 días antes de la visita de personal de este Organismo Nacional y que a veces se acababa el medicamento.

126. Asimismo, se le cuestionó sobre la forma de elección de las y los promotores o auxiliares de salud al interior de la comunidad y algunos aspectos sobre la misma, por lo que el entrevistado mencionó que la elección de esos cargos es en la comunidad por medio de una asamblea que se reúne en la escuela de la comunidad y ahí se decide quienes serán las encargadas de esos asuntos.

127. De igual manera expresó que en la comunidad hay 4 personas promotoras de la salud, quienes son contratadas por la Secretaría de Desarrollo Humano y Bien Común de Chihuahua, quienes tienen las mismas funciones que él, e incluso en las Rancherías en las cuales no hay acceso con automóvil, las promotoras tienen que acercar a las personas a las autoridades de salud.

128. Siguiendo con la entrevista se le preguntó sobre la dieta básica que tienen en la comunidad, así como su sistema normativo de gobierno, al interior de la comunidad. Respecto de la dieta mencionó que principalmente se consume maíz molido (tipo atole), calabacitas (en temporada), frijol, nopal, quelites y pinole y que en la comunidad cultivan principalmente maíz y frijoles.

129. También indicó que en la comunidad hay un conflicto con otra pues no se encuentra reconocido como ejido, únicamente el llamado “Pino Gordo”, por lo cual tienen un conflicto sobre los límites territoriales con otra comunidad, mismo que no ha sido solucionado a la fecha, en los Tribunales Agrarios competentes, pues las 36,000 hectáreas que conforman la comunidad de Choréachi, fueron repartidas por los “ancianos”, pues tradicionalmente así se hacía en esa comunidad indígena.

130. En relación con la población de la comunidad de Choréachi indicó que la misma es de aproximadamente 600 personas adultas y 300 niñas y niños, que habitan en las 58 Rancherías, siendo la más lejana la de Sintánachi, que se encuentra aproximadamente a 4 horas a pie³¹.

131. De acuerdo con la información obtenida durante la visita a la comunidad, una médica de la Coordinación General de Especialidades Científicas y Técnicas

³¹ Respecto de este tema es importante mencionar que, de acuerdo con lo observado en la comunidad, las personas indígenas triquis tienen una condición física con la cual pueden caminar grandes extensiones de territorio en poco tiempo, aun cuando el camino es sinuoso.

de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos realizó la Opinión Médica 2, sobre la pertinencia y condiciones de las instalaciones médicas de la comunidad, también constató y comparó las condiciones de salud de la niñez indígena de la citada comunidad.

132. En correspondencia con todo lo antes descrito se determinó que la comunidad en general y predominantemente las niñas y niños de Pino Gordo, Choréachi, Municipio de Guadalupe y Calvo, Chihuahua, se encuentra en una situación de vulnerabilidad, debido a que es una comunidad alejada y dispersa ubicada en la Sierra Madre Occidental, formada por elevadas montañas y profundas barrancas, que limitan el traslado en vehículos vía terrestre, debido a que cuenta con un solo camino sinuoso de acceso difícil, sin medios de transporte ni comunicación eficaces que también limitan e impiden el desarrollo de la población y se sintetiza en pobreza con mayor riesgo de enfermar y fallecer sin atención médica, por lo que es urgente que se destinen recursos económicos, sociales y culturales potenciales que mejoren y garanticen la calidad de vida de las personas a través de acceso a la educación con pertinencia intercultural, fuentes de empleo, alimentos suficientes en cantidad y calidad, atención materno infantil, agua potable, saneamiento y servicios de salud adecuados, para contrarrestar la desnutrición desde un enfoque preventivo.

C. VIOLACIÓN DEL DERECHO HUMANO A LA SALUD DE V1 A V7; ASÍ COMO COLECTIVAMENTE A LA SALUD DE LA COMUNIDAD INDÍGENA DE CHORÉACHI

C.1. Derecho Humano a la Salud

133. Este derecho fundamental se encuentra consagrado en el artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que, en su cuarto párrafo, reconoce que “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud”,

entendiéndose la salud, como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades³².

134. En materia local, en el artículo 155 de la Constitución de Chihuahua, se reconoce este derecho para todas las personas habitantes del Estado, especificando además que, en el caso de los pueblos indígenas, estos tienen derecho al uso y desarrollo de su sistema médico tradicional y al acceso, sin discriminación alguna, a todas las instituciones de salubridad y de servicios de salud y atención médica.

135. En el ámbito interamericano, el artículo 10 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; 11 de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; así como la Observación General número 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, reconocen también que este derecho deberá ser preservado por medidas sanitarias y sociales adecuadas.

136. Mientras que, en el sistema universal, tanto el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, como la Declaración Americana sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, fortalecen este derecho humano, consagrando que tratándose de pueblos indígenas, estos tienen derecho en forma **colectiva** e individual al disfrute del más alto nivel posible de salud física, mental y espiritual.

³² Artículo 1 Bis de la Ley General de Salud, publicada el 7 de febrero de 1984 en el Diario Oficial de la Federación.

137. Este derecho deberá de garantizarse, sin discriminación racial en todas sus formas, de acuerdo con la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial.

C.2. Atención en materia de salud y en contra de la desnutrición, proporcionada por las autoridades competentes, en la comunidad indígena de Choréachi

C2.1. Atención proporcionada por el Municipio de Guadalupe y Calvo, Chihuahua³³

138. El Presidente Municipal de Guadalupe y Calvo, aceptó las medidas cautelares solicitadas por este Organismo Nacional e informó que, para atender la problemática en materia de acceso a la salud de la población indígena, en específico a la niñez en el Municipio y contrarrestar la desnutrición en la comunidad, se había construido un Centro Regional de Nutrición y Albergue Materno, que inició funciones en marzo del 2021, por medio de la Dirección de Obras Públicas, del Municipio.

139. De igual manera informó que “[...] *en cuanto al tema de desnutrición o cualquier otra enfermedad, el Voluntariado del DIF Municipal en coordinación con la Oficialía Mayor realiza los traslados necesarios a la ciudad de Chihuahua con la intención de que se le dé seguimiento a cada caso en particular, así mismo al ser atendidos dichos casos, las personas son nuevamente trasladadas a la comunidad de Choréachi.*”.

³³ Mediante el Oficio PRE-029/2342-2021, de fecha 25 de febrero de 2021.

C.2.2. Atención proporcionada por el Estado de Chihuahua³⁴

140. En cuanto al tema de acceso a la salud de la población de la Comunidad de Choréachi, reportó que “[...] *en atención a cubrir las necesidades imperantes de la población del Municipio de Guadalupe y Calvo se cuenta con una unidad médica de segundo nivel de atención médica, que es la denominada Hospital Comunitario de Guadalupe y Calvo, misma que es un nosocomio perteneciente a la estructura orgánica de Servicios de Salud de Chihuahua [...]*”.

141. Siguiendo con ello, informó que contrató dos personas traductoras de la etnia Tarahumara y Tepehuan con la finalidad de contar con una mejor comunicación con las y los usuarios del servicio de atención médica, además de que a la fecha del informe existían en el nosocomio dos enfermeras que pertenecían a dicha etnia, “[...] *que siempre han colaborado en dado caso se requiera su intervención, tanto con el tema de fungir como interpretes así como confrontar la barrera cultural [...]*”.

142. En lo relativo al tema de la atención médica permanente de la comunidad de Choréachi informó que “[...] *la misma no goza de los beneficios de contar con una unidad médica dentro de su circunscripción territorial, derivado de que debe de cumplir con un proceso de planeación para incorporar infraestructura física*”.

143. Agregando que la comunidad no se ha dejado desprotegida en momento alguno por parte de las autoridades, ya que se les proporciona acceso a los servicios de atención médica por conducto del programa Fortalecimiento a la Atención Médica, mismo que opera a través de transferencias de recursos presupuestarios federales, con el propósito de coadyuvar a que las Entidades Federativas, mediante las unidades médicas móviles proporcionen la prestación

³⁴ Información remitida mediante el oficio número SS/0120-2021, por parte de la Secretaría de Salud.

de atención primaria en salud en aquellas localidades con menos de 2,500 personas y que se encuentren sin acceso a los servicios de salud por falta de infraestructura, carentes de recursos para otorgar atención permanente a la población; y teniendo como objetivo garantizar los servicios públicos de salud.

144. Por lo que, dicho programa se implementaba al mes de abril de 2021, en el Estado de Chihuahua, mediante una unidad médica móvil de primer nivel de atención, que se encuentra conformada por: personal médico, enfermería y promotor de la salud, los cuales ofrecen los servicios de consulta médica, promoción y prevención para la salud, medicina preventiva y traslados de pacientes críticos a segundo nivel de atención.

145. De igual manera, destacó que dentro de la atención médica se cuenta con el Programa de Atención en Salud al Niño y al Adolescente, por medio del cual se realiza un monitoreo mensual del estado nutricional de la niñez, por medio del peso y talla, que queda registrado en la tarjeta de control, además de que se actualiza su estado nutricional, en cada visita; derivado de la alta marginación existente en las zonas que dicha unidad médica visita.

146. Según los datos de la Secretaría de Salud, la unidad médica móvil otorga una cobertura de 20 días al mes, con una permanencia del Equipo de Salud Itinerante de 8 horas continuas, contadas a partir del momento de llegada a la prestación de los servicios de salud, jornada en la que se efectúan visitas diarias a las diferentes comunidades de sus universos de trabajo entre las que se encuentra la comunidad de Choréachi.

147. En este sentido informó que hay una incapacidad de permanencia de la unidad médica móvil en la comunidad, por lo que en el mes de mayo del 2020, se contrataron 2 Coordinadores Comunitarios de Salud, en la zona de Pino Gordo (Choréachi), personal que desarrolla acciones de promoción recorriendo

las localidades a las cuales la unidad médica móvil no tiene acceso vehicular, así como la detección de cualquier urgencia médica que pudiera presentarse.

148. La autoridad reportó que en la comunidad de Corre Coyote, existe un Centro de Salud, en el cual se brinda atención médica.

149. Además de que se destinó un vehículo a ese Centro de Salud, mismo que es perteneciente al Programa Federal de Fortalecimiento a la Atención Médica, con el objeto de realizar traslados de emergencias obstétricas y a pacientes con algún grado de desnutrición.

150. Por medio del oficio con clave SS/DJ/0213-2022, de fecha 1 de marzo de 2022, la Jefa de Departamento de Servicios Jurídicos de la Secretaría de Salud, rindió un informe sobre los hechos, del cual destaca:

151. Los servicios de atención médica de primer nivel se proporcionan a favor de los pobladores del Municipio de Guadalupe y Calvo, mediante dos centros de salud denominados “Corre Coyote” y “Ciénega de Silva”.

152. Con la finalidad de garantizar el acceso de estos servicios médicos a todas las localidades que integran el municipio de Guadalupe y Calvo, el programa de fortalecimiento a la Atención Médica cuenta con unidades médicas móviles de apoyo. Las anteriores unidades médicas se encuentran integradas por un equipo itinerante de salud, que tienen como finalidad acercar los servicios de atención médica de primer nivel a favor de las poblaciones más remotas del multicitado municipio.

153. Dentro del Municipio de Guadalupe y Calvo también se cuenta con la infraestructura equipamiento y recursos humanos, para brindar los servicios de atención médica de segundo nivel de atención, mediante el Hospital Comunitario General 1.

154. Por parte de la Secretaría de Salud se han implementado acciones de prevención y vigilancia en salud, consistentes en visitas mensuales a las localidades, control de peso y talla de la población infantil, así como la entrega de suplemento alimenticio en algún grado de desnutrición.

155. Según lo informó la Secretaría de Salud en el señalado oficio, con la concurrencia del Gobierno Municipal y Estatal, se construyó una casa de la salud en la localidad de Choréachi, misma que facilitaría la estancia, y pernocta de las brigadas del Programa de Fortalecimiento a la Atención Médica detección oportuna de casos y atención de urgencias, así mismo permitiría mejorar la referencia oportuna en caso de que sea necesario un segundo nivel de atención médica, facilitando la prestación de servicios médicos por parte de los brigadistas a la población.

156. La localidad de Choréachi es atendida a través de 2 brigadas médicas móviles de nombres “Pino Gordo” y por “Tejamanil de Arriba” que atiende a la población aledaña de la localidad, un Centro de Salud fijo denominado “Corre Coyote” y 2 coordinadores comunitarios de salud, uno en carrizal y otro en Collachi. Destacando que, mediante los mismos, se otorgan servicios del paquete básico de atención en salud tales como atención del niño y adolescentes, planificación familiar, salud del adulto y adulto mayor, salud reproductiva, promoción de la salud, consulta médica general, vacunación universal, salud mental, de pacientes críticos a segundo nivel de atención, entre otros.

157. Las rutas que emprenden las unidades médicas móviles se dan de manera alternada, es decir mientras una unidad médica móvil se encuentra en sus días de descanso la otra se encuentra en recorrido, siendo esto con motivo de no dejar a la población desprotegida carente de servicios médicos, iniciando el

primer día de cada mes y hasta el día 20, descansando los 10 días restantes de cada mes. De los 20 días laborables, en el primero de ellos se da capacitación en sede administrativa, se utiliza un día de traslado hacia la comunidad, un día de regreso a la sede administrativa y un día de entrega de información, por lo que la unidad se encuentra en la comunidad por 16 días, con un horario de ocho horas y disponibilidad para urgencias médicas las 24 horas.

158. A petición de este Organismo Nacional en el señalado informe la autoridad aclaró que **la Casa de la Salud de Choréachi no otorga servicios ambulatorios o de urgencias, ya que no cuenta con personal, ni medicamentos, para cumplir con tal finalidad, sino que la brigada médica móvil es la que proporciona esos servicios los días que por programación mensual labora en la zona**, toda vez que cuenta con una cobertura de 10 comunidades subsedes a visitar 2 días por mes para lograr la cobertura en un 100% de su ruta, con 19 localidades de Área de influencia distribuidas en las 10 anteriores, teniendo en total una cobertura de 29 localidades a atender mensualmente; destacando que, los días que se encuentra la brigada médica laborando en dicha zona se atienden urgencias las 24 horas del día, realiza referencia y traslado de pacientes a segundo nivel de atención médica.

159. De acuerdo con el oficio OSCSS/DM/814-2022 (fojas 1026, de fecha 04 de mayo de 2022, SP2, Director Ejecutivo de Servicios de Salud de Chihuahua y Director Médico de Servicios de Salud de Chihuahua, informó lo siguiente:

“[...] se buscó por parte del DIF Estatal, la creación de un Centro Regional de Nutrición y Albergue Materno (CERENAM), el cual inicio funciones en marzo del 2021, con albergue para alojar a infantes; se gestioné la donación de vehículos (vehículos 4x4) por parte de la Secretaria General de Gobierno, lo que facilitaría el traslado de los

pacientes; así como la construcción de una Casa de Salud por parte de la Presidencia Municipal de Guadalupe y Calvo. Esta casa de Salud ya se encuentra en funciones desde el mes de marzo de este año; brindando beneficios a /os habitantes de Choréachi, al igual que a las comunidades aledañas; en ella podrán pernoctar las Caravanas Médicas Móviles del Programa de Fortalecimiento a la Atención Médica, y la nueva caravana del Programa Estatal “Juntos por la Salud de la Mujer Embarazada, Niñas, Niños menores de 6 años”, conformada por un Médico General, dos enfermeras, una partera profesional y un chofer [..].”.

160. Por parte de la Secretaría de Salud, a través de las acciones que realizan las Caravanas Móviles, se brinda prevención y vigilancia en la salud de la población del municipio de Guadalupe y Calvo, incluyendo aquellas localidades que son de difícil acceso, aumentando los días de estadía de estas caravanas en las localidades, con el fin de que en ningún momento se encuentre desprotegida la población.

C.3. Obligaciones del Estado para garantizar el derecho a la salud

161. Para poder establecer cuáles fueron las violaciones a los derechos humanos que cometieron las autoridades de manera institucional en el caso, es necesario examinar las obligaciones que las mismas tienen frente al derecho humano a la salud y las acciones que reportaron y se constataron para atender la garantía de este derecho en la comunidad indígena de Choréachi, Chihuahua.

162. Conforme al párrafo tercero del artículo 1º Constitucional, todas las autoridades tienen la obligación de implementar medidas de prevención y cualquiera otra necesaria para el respeto, protección y garantía de los derechos humanos.

163. Las obligaciones del Estado frente al derecho a la salud deben de comprenderse desde dos aspectos, el primero de ellos es el individual, que se encuentra ligado a la integridad físico-psicológica de las personas, por lo que el Estado debe procurar a las personas en lo individual un adecuado estado de salud y bienestar.

164. Mientras que, el otro de los aspectos, es el **social o también denominado colectivo o público**, que, como lo ha reconocido la SCJN, [...] *la faceta social o pública del derecho a la salud consiste en el deber del Estado de atender los problemas de salud que afectan a la sociedad en general, así como en establecer los mecanismos necesarios para que todas las personas tengan acceso a los servicios de salud. Lo anterior comprende el deber de emprender las acciones necesarias para alcanzar ese fin, tales como el desarrollo de políticas públicas, controles de calidad de los servicios de salud, identificación de los principales problemas que afecten la salud pública del conglomerado social, entre otras.*³⁵.

165. La Constitución del Estado de Chihuahua, en su artículo 157, establece que los servicios de atención médica, salud pública y para la asistencia social, deben de ser proporcionados con la concurrencia del Estado y los Municipios.

166. De acuerdo con el artículo 3º de la Ley Estatal de Salud de Chihuahua, por medio de la Secretaría de Salud, se debe de garantizar el derecho a la salud en ese Estado, además de que en el artículo 15 del mismo ordenamiento se establece la competencia concurrente de los Ayuntamientos municipales en esta materia, en concordancia con el texto constitucional del párrafo anterior.

³⁵ Tesis: 1a./J. 8/2019 (10a.), Jurisprudencia, “DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD. DIMENSIONES INDIVIDUAL Y SOCIAL”, publicada en la Gaceta del Semanario Judicial de la Federación, febrero de 2019. Registro: 2019358.

167. El artículo 24, párrafo 1, de la Convención sobre los Derechos del Niño, impone a los Estados parte el firme deber de actuar para velar por que todas las niñas y los niños dispongan de servicios sanitarios y otros servicios pertinentes accesibles. Esta obligación es prioritaria en el caso de las zonas y poblaciones insuficientemente atendidas.

168. Los requisitos al respecto son un sistema de atención primaria de salud, un marco jurídico adecuado y atención sostenida a factores subyacentes que son determinantes para la salud de la niñez.

169. Al respecto, en la Observación general número 15, Sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24), del Comité de Derechos del Niño, se establece que *“Deberán determinarse y eliminarse los obstáculos al acceso del niño a los servicios sanitarios, incluidos obstáculos financieros, institucionales y culturales. Es indispensable la inscripción de nacimientos gratuita y universal, y deben realizarse intervenciones en la esfera de la protección social, en particular mecanismos de seguridad social como ayudas o subsidios infantiles, transferencias en metálico y bajas de paternidad retribuidas, todas ellas entendidas como inversiones complementarias.”*

C.4. Vulneración al derecho humano a la salud, en detrimento de la salud de V1, V2, V3, V4, V5, V6 y V7; así como de la salud colectiva de la comunidad indígena de Choréachi.

170. Para poder documentar la violación del derecho humano a la salud de las víctimas en la presente Recomendación, este Organismo Nacional obtuvo la información de las autoridades responsables y realizó visitas de campo para la verificación de las condiciones en materia de salud en las que se encontraba la comunidad de Choréachi.

171. Como lo ha señalado el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas en su Observación General 14 sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud: “[...] *los pueblos indígenas tienen derecho a medidas específicas que les permitan mejorar su acceso a los servicios de salud y a las atenciones de la salud. Los servicios de salud deben ser apropiados desde el punto de vista cultural, es decir, tener en cuenta los cuidados preventivos, las prácticas curativas y las medicinas tradicionales [...]. Para las comunidades indígenas, la salud del individuo se suele vincular con la salud de la sociedad en su conjunto y presenta una dimensión colectiva. A este respecto, el Comité considera que [...] la [...] pérdida por esas poblaciones de sus recursos alimenticios y la ruptura de su relación simbiótica con la tierra, ejercen un efecto perjudicial sobre la salud de esas poblaciones.*”

172. En la misma observación ha señalado que todos los servicios, artículos e instalaciones de salud deben cumplir con requisitos de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad. En torno a estos elementos esenciales del derecho ha precisado su alcance en los siguientes términos:

a) Disponibilidad. Cada Estado Parte deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas. Con todo, esos servicios incluirán los factores determinantes básicos de la salud, como hospitales, clínicas y demás establecimientos relacionados con la salud, personal médico y profesional capacitado, así como los medicamentos esenciales.

b) Accesibilidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todas las personas, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado Parte. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas:

i) No discriminación: los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna por cualquiera de los motivos prohibidos.

ii) Accesibilidad física: los establecimientos, bienes y servicios de salud **deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial los grupos vulnerables o marginados.**

iii) Accesibilidad económica (asequibilidad): los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance de todas las personas.

iv) Acceso a la información: ese acceso comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud.

c) Aceptabilidad. Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y **culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida.**

d) Calidad. Además de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad.

173. De acuerdo con el material probatorio recabado por este Organismo Nacional por medio de las visitas en sitio, las evaluaciones periciales y la información remitida por las autoridades presuntamente responsables se pudieron acreditar omisiones que vulneraron los derechos humanos de manera colectiva, de la comunidad indígena Rarámuri de Choréachi, Municipio de

Guadalupe y Calvo, Chihuahua, por la falta de disponibilidad y de accesibilidad de los servicios de salud, en perjuicio de la comunidad de Choréachi, por las siguientes consideraciones:

C.4.1. Disponibilidad y Accesibilidad de los servicios de salud

174. De acuerdo con la información remitida por la Secretaría de Salud y lo observado en la comunidad, la misma no cuenta con un establecimiento permanente de atención médica de primer nivel. Según lo informó la autoridad esto se debe a que “[...] *derivado de que debe de cumplir con un proceso de planeación para incorporar infraestructura física en salud [...]*”.

175. Los criterios del ámbito interamericano e internacional, han interpretado que la Convención Americana sobre Derechos Humanos, en su artículo 26, establece la obligatoriedad de los Estados de buscar su cumplimiento progresivo, y señala que es el Estado quien **debe hacer uso del máximo de sus recursos disponibles para garantizar el derecho a la protección de la salud**, mientras que el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en su artículo 12, establece que los Estados Partes en el Pacto tienen la obligación de adoptar las medidas para la creación de condiciones que aseguren a todas las personas la asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

176. En el inciso a) del artículo 12 del Pacto señalado en el párrafo anterior, también se establece que los Estado Partes se comprometen a la reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de la niñez, como una de las medidas que deberán adoptar con la finalidad de asegurar la plena efectividad del derecho a la salud.

177. El centro de salud más cercano a la comunidad de Choréachi es el de la localidad de Corre Coyote, ubicado a tres horas en vehículo. Por lo que, en caso

de requerir atención de segundo nivel, el Hospital General 1 se encuentra a cinco horas mediante en el mismo tipo de transporte.

178. Al respecto es importante retomar el criterio de la CrIDH, que ha interpretado que, la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre reconoce en su Artículo XI que toda persona tiene el derecho “*a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a [...] la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad*”. En el mismo sentido, el artículo 10 del Protocolo de San Salvador establece que los Estados deben impulsar “*la total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas*”, “*la prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole*”, y “**la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables**”³⁶. (énfasis añadido)

179. Para tratar de acreditar la disponibilidad de los servicios de salud en la comunidad de Choréachi, la autoridad informó que, ante esta falta de un establecimiento permanente de atención médica, la comunidad no se había dejado desprotegida en momento alguno por parte de las autoridades, ya que se les proporciona acceso a los servicios de atención médica por conducto del señalado programa de Fortalecimiento a la Atención Médica (unidades móviles).

180. Sin embargo, lo anterior difiere de lo contenido en las pruebas recabadas por este Organismo Nacional, pues en las ocasiones en las que personal de este Organismo Nacional se apersonó en la comunidad pudo observar que **había días en los que no existía en la comunidad ningún tipo de servicio médico**, además de que las personas de la comunidad fueron consistentes en indicar la

³⁶ CrIDH. *Caso Cuscul Pivaral y otros Vs. Guatemala*. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 23 de agosto de 2018, párrafo 103.

necesidad de que exista un centro de salud o establecimiento permanente para que puedan recibir la atención médica. En el caso del fallecimiento de las 7 niñas y niños, el Comité determinó que, en todos los casos, no se encontraba la Unidad móvil en la comunidad, lo que repercutió en la adecuada atención médica para las y los menores fallecidos.

181. En cuanto a la accesibilidad de los servicios de salud en la comunidad de Choréachi, es necesario precisar, que, como se establece en el capítulo correspondiente, existe un contexto de múltiple vulnerabilidad de la comunidad de Choréachi, por lo que las posibilidades para que las personas de la comunidad y las Niñas, Niños y Adolescentes (NNA) puedan acceder, en condiciones de igualdad, a los servicios de salud, es menor a la de otros grupos de la población del Estado de Chihuahua, por lo cual, las autoridades responsables debieron de haber acreditado que la comunidad podía acceder a los servicios de salud, en igualdad de hecho y derecho.

182. Al respecto, la CrIDH ha determinado que el derecho a la igualdad y no discriminación abarca dos concepciones: una negativa relacionada con la prohibición de diferencias de trato arbitrarias, y una positiva relacionada con la obligación de los Estados de crear condiciones de igualdad real frente a grupos que han sido históricamente excluidos o que se encuentran en mayor riesgo de ser discriminados. En tal sentido, la adopción de medidas positivas se acentúa en relación con **la protección de personas en situación de vulnerabilidad o en situación de riesgo, quienes deben tener garantizado el acceso a los servicios médicos de salud en vía de igualdad.**³⁷.

³⁷ CrIDH. *Caso Poblete Vilches y otros Vs. Chile. Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 8 de marzo de 2018, párrafo 123.

183. De la observación realizada en la comunidad y las entrevistas realizadas con las personas que la integran, se puede inferir que la unidad móvil que es el mecanismo que las autoridades en materia de salud implementaron para tratar de proporcionar atención médica a la comunidad **no acude las veces que son necesarias, no proporciona la atención médica adecuada y no es suficiente para atender tanto las enfermedades normales que generalmente se presentan por temporadas, ni proporciona servicios de prevención, detección, curación y rehabilitación de la salud infantil de la niñez que padece de desnutrición en la comunidad.**

184. Lo anterior incumple con los criterios para determinar que existe accesibilidad en el goce del derecho humano a la salud de la comunidad de Choréachi, en razón de que los servicios no se encuentran al alcance geográfico de las personas de la comunidad, ni son asequibles, pues como ya se señaló, no existe un establecimiento permanente de atención médica de primer nivel y las unidades móviles que se implementaron para tratar de compensar esta situación, no son suficientes ni adecuadas.

185. La SCJN en tesis determinó que las autoridades del Estado que se encuentren directamente obligadas a garantizar el derecho humano a la salud deben brindar asistencia médica y tratamiento a sus pacientes usuarios de **forma oportuna, permanente y constante**.³⁸.

186. En la comunidad tampoco hay atención médica a las mujeres embarazadas, por medio de vigilancia y manejo individual del embarazo (atención prenatal), parto, inmediata al recién nacido y control del niño sano. Tampoco existe un

³⁸ Tesis Aislada (Constitucional). “*DERECHO HUMANO A LA SALUD. LA ASISTENCIA MÉDICA Y EL TRATAMIENTO A LOS PACIENTES USUARIOS DE ALGUNA INSTITUCIÓN QUE INTEGRE EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, DEBEN GARANTIZARSE DE FORMA OPORTUNA, PERMANENTE Y CONSTANTE*”. Publicada en el Semanario Judicial de la Federación. Registro: 2022890.

mecanismo de prevención y control de enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias agudas y control de la nutrición mediante la vigilancia del crecimiento y desarrollo de las niñas y niños menores de cinco años.

187. La falta de un servicio médico permanente en casos de emergencias médicas que requieren del traslado de pacientes a un segundo nivel de atención puede derivar en la pérdida de la vida de personas de la comunidad, como en el caso de las 7 niñas y niños del presente caso, que se abordará más adelante.

188. Para este Organismo Nacional también resulta inquietante que se haya construido la infraestructura de la casa de la salud, como un establecimiento únicamente para la pernocta y el uso de las unidades móviles cuando acuden a la comunidad, sin que sea un lugar que proporcione la atención de manera permanente, pues como lo ha señalado la comunidad, la casa de salud únicamente funciona cuando se encuentra personal de la unidad, caso contrario se cierra con candado.

189. Incluso el 17 de marzo de 2022, el Gobierno de Chihuahua emitió un comunicado en su página electrónica oficial en el que se señaló que: *“En seguimiento al Plan Estatal de Desarrollo para asegurar que comunidades de difícil acceso cuenten con un servicio de salud digno y funcional, el Gobierno del Estado de Chihuahua a través de las Secretarías de Salud y Desarrollo Humano y Bien Común, puso en operación el Centro de Salud en Choreachi, municipio de Guadalupe y Calvo. Se destacó que **este espacio médico permitirá consultar de manera permanente a las y los habitantes de diversas poblaciones indígenas, ya que debido a lo remoto de su ubicación en***

ocasiones tenían que desplazarse entre seis y ocho horas para recibir atención médica.³⁹.

190. Al respecto, en la visita realizada en junio del 2022 a la comunidad de Choréachi, se pudo documentar que al llegar, se encontró un establecimiento denominado “*Centro de Salud*” cerrado (con cadena y candado), por lo que de acuerdo con la opinión de la profesional de la salud que acompañó la visita, no fue posible ingresar a las instalaciones, y por tal motivo no se cuenta con elementos para poder determinar si dicho centro cumple con los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento para brindar atención médica a las y los usuarios que así lo requieran, y como lo establece la *Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2010, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios*, teniendo como evidencia de tal circunstancia las imágenes que se agregan enseguida.



³⁹ Comunicado disponible en la siguiente liga: <https://chihuahua.gob.mx/prensa/comunidades-indigenas-de-guadalupe-y-calvo-cuentan-con-servicio-de-salud-digno-y-funcional>



191. Con relación a servicios auxiliares de salud, la Comunidad Rarámuri de Choréachi, cuenta con el “CERENAM CHORÉACHI”, que de acuerdo con SP1, adscrito a dicho centro como nutriólogo encargado del mismo, con quien se tuvo una entrevista, él ofrece atención nutricional desde el día 09 de mayo de 2022, con el apoyo de la auxiliar E3, originaria de la comunidad, que también funge como traductora, debido a que las personas pobladoras de la comunidad hablan la lengua indígena Tarahumara o Rarámuri.

192. Con base en el Manual del Programa Centros de Recuperación Nutricional y Albergue Materno del DIF Estatal de Chihuahua, el centro tiene como objetivo general, lograr la recuperación nutricional de las y los menores de 5 años que presenten algún grado de desnutrición aguda moderada o aguda leve y proporcionar albergue a las mujeres embarazadas a término, para acercarlas a las Unidades Médicas para que reciban atención adecuada y oportuna para la resolución del embarazo.

193. Las siguientes imágenes se tomaron durante la visita de personal de este Organismo a la comunidad e ilustran las características y diferentes áreas que conforman al “CERENAM CHORÉACHI”.



194. De acuerdo con el testimonio de SP1, en los casos en los que en el CERENAM se detecta una niña o niño que se encuentra en un grado grave de

desnutrición o una mujer embarazada en término o con algún padecimiento que pudiera generar alguna urgencia, el profesional ocupa el vehículo que se le asignó para su traslado del Municipio a la comunidad de Choréachi, así como de los alimentos y despensas que entrega a la población, para realizar los traslados de las personas con alguna gravedad, aun cuando no es un vehículo acondicionado para realizar traslados médicos.

195. Este Organismo Nacional reconoce el humanismo y sentido de responsabilidad y compromiso de SP1; sin embargo, esa situación solo visibiliza más que en la comunidad los servicios de atención médica no son suficientes, pues hay días en los que la comunidad se encuentra totalmente desprovista de un servicio médico o vehículo para traslados de pacientes con alguna urgencia, situación que se exagera en el caso de la niñez con desnutrición.

196. El traslado irregular de pacientes fue reconocido por el Director de Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Chihuahua, pues según el reporte de abril a noviembre de 2021, del CERENAM en Choréachi, se realizaron 4 traslados de emergencia por el nutriólogo de la comunidad al Hospital General.

197. Sin que esta actividad sea descrita dentro del Manual del programa centros de recuperación nutricional y albergue materno, como una de las funciones del CERENAM.

198. Si bien es cierto que el nutriólogo si tiene dentro de sus funciones canalizar a los pacientes a la unidad médica para la valoración con la o el médico, en citas programadas así como en casos de urgencia. Ante la falta de unidades de atención médica en la comunidad, el nutriólogo ha tenido que trasladarse al Centro de salud en Corre Coyote o el Hospital de Guadalupe y Calvo, para tratar de garantizar el derecho a la salud y la vida de las personas de la comunidad de Choréachi.

199. Aún, cuando las autoridades construyeron e implementaron el programa de atención nutricional para la niñez y las mujeres embarazadas por medio del CERENAM, para tratar de contrarrestar el contexto de desnutrición infantil en la comunidad de Choréachi, de acuerdo con la Opinión médica 2, este centro, no es un establecimiento que supla las actividades preventivas, curativas, de rehabilitación y cuidados paliativos dirigidas a mantener y reintegrar el estado de salud de las personas (niños con desnutrición, así como mujeres embarazadas), por lo que su función más que atención médica, es la atención nutricional que coadyuba en la atención médica y que no reemplaza el conjunto de servicios para proteger, promover y restaurar la salud de la población, por lo que de acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica no cumple con los criterios de un establecimiento para la atención médica.

C.4.2. Aceptabilidad en los servicios de salud

200. En el presente caso este Organismo Nacional reconoce los esfuerzos que, a través de los programas de atención médica, la construcción del CERENAM y la Casa de la Salud en la comunidad de Choréachi han realizado las autoridades en materia de salud en el Estado de Chihuahua; sin embargo, además de que se acreditó que estas acciones no son suficientes, pues en la comunidad persiste un alto grado de desnutrición en la niñez, tampoco se observó que estas estrategias se hayan realizado y sean operadas bajo una perspectiva de interculturalidad, pues para la creación de los programas y las unidades de atención, la comunidad no fue consultada ni tomada en cuenta para el establecimiento de las mismas.

201. En el artículo 155, de la Constitución de Chihuahua, se establece que los servicios de salud que el Estado proporcione a los pueblos indígenas **se**

planearán y desarrollarán en coordinación con éstos, en su lengua, de acuerdo a su sistema médico tradicional y formas de organización social, económica, cultural y política.

202. Por lo anterior, el plan y las acciones que realice el Estado con la finalidad de que las personas de la comunidad de Choréachi tengan acceso a la salud en condiciones de igualdad y no discriminación, debe de realizarse bajo un diálogo intercultural, con la participación directa de la comunidad, no se deben de planear conforme a lo que normalmente se ha hecho porque existen condiciones propias de la comunidad que deben de valorarse.

203. Este Organismo Nacional acreditó con las evidencias recabadas por su personal y los hechos violatorios descritos en la presente Recomendación, que las autoridades del Estado de Chihuahua, vulneraron el derecho humano de acceso a la salud colectiva de la comunidad indígena de Choréachi y en particular de V1, V2, V3, V4, V5, V6 y V7, por la falta de disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad de los servicios médicos, así como la falta de registro, control y seguimiento de la condición de desnutrición de la niñez indígena de esa comunidad, bajo los siguientes argumentos; a) La comunidad de Choréachi no cuenta con un establecimiento permanente de atención médica de primer nivel; b) los servicios no se encuentran al alcance geográfico de las personas de la comunidad, ni son asequibles; c) las unidades móviles que se implementaron para tratar de compensar esta situación, no son suficientes ni adecuadas; d) no se observó que las estrategias en materia de salud se hayan realizado y sean operadas bajo una perspectiva de interculturalidad, pues para la creación de los programas y las unidades de atención, la comunidad no fue consultada ni tomada en cuenta para el establecimiento de las mismas.

204. Con lo anterior, las autoridades responsables, de manera institucional incumplieron con el contenido del artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño; las disposiciones establecidas en la Ley General de Salud relativas a la prestación del servicio de atención médica; y los artículos 4º y 155 de la Constitución Política del Estado de Chihuahua.

C.5. DERECHO HUMANO A LA VIDA

205. El derecho fundamental a la vida se encuentra tutelado en el párrafo segundo del artículo 29 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, por lo que corresponde al Estado a través de sus instituciones respetarlo, protegerlo, garantizarlo y promoverlo en el ejercicio de sus funciones.

206. De igual manera, se encuentra reconocido en los artículos 6.1. del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; 4.1. de la Convención Americana sobre Derechos Humanos; 3º de la Declaración Universal de Derechos Humanos; 1 de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre y, 4 y 6.1. de la Convención sobre los Derechos del Niño.

207. El señalado Comité de los Derechos del Niño, en la señalada Observación General No. 15, ha sostenido que, en la Convención Sobre los Derechos del Niño, *“En el artículo 6 se pone de relieve la obligación de los Estado partes de garantizar la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo del niño, en particular las dimensiones físicas, mentales, espirituales y sociales de su desarrollo. Hay que determinar sistemáticamente los numerosos riesgos y factores de protección que determinan la vida, la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo del niño para idear y poner en práctica intervenciones de base empírica encaminadas a hacer frente a los diversos determinantes que surgen durante la trayectoria vital.”*.

C.6. Atención médica proporcionada a V1, V2, V3, V4, V5, V6 y V7

208. En el presente caso, respecto del fallecimiento de V1 a V7, mediante el diverso SS/0120-2021, la Secretaría de Salud, rindió el informe de Ley, respecto de los hechos manifestados en la queja y aportó evidencias sobre la atención médica de las víctimas niñas y niños, informando lo siguiente:

C.6.1. Caso de V2

209. Se tiene como registro de fecha de nacimiento el 15 de septiembre de 2017; mientras que la fecha de defunción el 16 de octubre de 2019, por lo que al fallecimiento contaba con 2 años, 2 meses de edad. La causa básica de defunción fue por desnutrición severa.

210. Según lo reportada por la autoridad, la niña era originaria de la localidad de Cumbre del Durazno, inició su cuadro 1 mes antes de su defunción, es decir el 16 de septiembre de 2019, aproximadamente, con cuadro diarreico en un inicio con moco y sangre no cuantificado, así como vómito y fiebre en los primeros 3 días, fue manejado en casa por parte de los abuelos a base de medicina tradicional *“ya que los padres se encontraban en Jiménez- Cuauhtémoc trabajando”*.

211. Según la autopsia verbal practicada por la autoridad *“los familiares mencionaron que no llevaron a la menor a consulta médica pues no tenían con quien dejar sus pertenencias además de que **la unidad médica móvil no se encontraba en ese momento por el área**”*. (sic)

212. Según el informe, la niña tuvo su última consulta nutricional el día 04 de junio del 2019, constando que dentro de esa atención ya se le había detectado desnutrición crónica, consideró que no existió *“**un seguimiento de las consultas respectivas por parte de sus cuidadores**”*.

213. El día 28 de septiembre de 2019, el promotor indígena de esa localidad notificó a personal del programa Chihuahua Crece Contigo sobre la paciente que ya presentaba datos de deshidratación, y solicitó apoyo para valoración médica al Hospital de Guadalupe y Calvo; sin embargo, ese nosocomio **no contaba con vehículo para traslado a esa localidad**, por lo que también se avisó a personal directivo de la Región Parral para el apoyo de envío de alguna unidad médica.

214. Hasta el día 03 de octubre de 2019, arribó la Unidad Médica Móvil de Mesa del Durazno, pero no encontró a la paciente, pues informaron a personal de esa unidad, que al parecer los tíos se la habían llevado por sus medios a algún lugar donde pudiera recibir atención médica, sin mencionar lugar en específico; por lo que hasta el 11 de octubre de 2019, la niña es consultada en “UMR Caborachi”, donde al valorar el estado de salud se envió a Guachochi y es hospitalizada en el HR IMSS Bienestar de Guachochi inmediatamente.

215. En ese Hospital, se diagnosticó con “[...] *Deshidratación Severa+ Lesión Perenal Aguda +Gastroenteritis Infecciosa +Desequilibrio hidroeléctrico + Desnutrición Severa tipo Kwashiokor +Transaminasemia en calidad de delicada y donde estuvo hospitalizada por 3 días, con manejo es intensivo e inclusive estable; sin embargo, se decide su traslado al Hospital Rural IMSS Bienestar de Valle de Allende, por motivos de falta de espacio físico y continuar tratamiento.*”

216. Al llegar a esa unidad médica se reportó grave con datos de dificultad respiratoria, por lo que se complementó con tratamiento y dada la gravedad se intubó y se envió al Hospital General 2, para manejo especializado el día “16/02/2019” (sic), en el cual se recibió a la paciente muy grave y falleció a las 2 horas aproximadamente.

217. De acuerdo con el certificado de defunción se estableció como causas de muerte: Falla orgánica múltiple, Coagulación intravascular diseminada, Desnutrición crónica agudizada, Gastroenteritis con deshidratación.

218. Por medio del oficio número SPPS/079/2021, de fecha 23 de febrero de 2021, suscrito por la SP3, Subsecretaria de Prevención y Promoción de la Salud y Directora Ejecutiva de Servicios de Salud del Instituto Chihuahuense de Salud, respecto de este caso informó que el programa estatal Chihuahua Crece Contigo reportó esencialmente que en este caso no se otorgó a la niña atención médica adecuada a sus padecimientos, por no contar en las fechas de los acontecimientos con Brigada médica desplegada en el área de su comunidad.

C.6.2. Caso de V3

219. Se reportó como fecha de nacimiento el 15 de enero de 2019, mientras que la fecha de defunción el 29 de octubre de 2019, por lo que en el momento de la muerte contaba con 6 meses 14 días, teniendo como causa básica de defunción, desnutrición severa.

220. El niño era originario de Corre Coyote el cual inició su cuadro de 7 días de evolución con evacuaciones diarreicas y vomito no cuantificables con manejo en casa, “[...] comienza con letargo astenia y adinamia, por lo que se decide llevarlo a la UAS Correcoyote donde es referido por personal de enfermería por *Deshidratación Moderada + Gastroenteritis + Desnutrición Severa, inmediatamente ese día es internado en el Hospital Comunitario de Guadalupe y Calvo, en el cual fallece ese mismo día pues ya presentaba datos de shock hipovolémico [...]*”.⁴⁰

⁴⁰ De acuerdo con el informe aportado por la Secretaría de Salud mediante el oficio, SS/0120-2021.

221. De acuerdo con el certificado de defunción se establecieron como causas de muerte: Shock hipovolémico, Deshidratación severa, Desnutrición severa y Gastroenteritis con deshidratación.

222. De igual manera, respecto de este caso, por medio del referido oficio número SPPS/079/2021, el programa estatal Chihuahua Crece reportó esencialmente que **no se otorgó al menor atención médica adecuada a sus padecimientos, por no contar en las fechas de los acontecimientos con Brigada médica desplegada en el área de su comunidad.**

C.6.3. Caso de V6

223. Se tiene el registro de la fecha de nacimiento 12 de marzo de 2020, mientras que el día de la defunción el 21 de mayo de 2020, por lo que contaba con 2 meses de edad y como causa básica de defunción, neumonía.

224. El niño fue trasladado por presentar cuadro neumónico por parte de personal de “UAS Correcoyote” al Hospital Comunitario de Guadalupe y Calvo el día 20 de mayo de 2020, ya que tenía datos de alarma. El paciente llegó deteriorado, por lo que se realizaron maniobras de reanimación, pero ya había fallecido.

225. En este caso el programa estatal Chihuahua Crece Contigo reportó esencialmente que **no se otorgó al niño atención médica adecuada a sus padecimientos, por no contar en las fechas de los acontecimientos con Brigada médica desplegada en el área de su comunidad.**

C.6.4. Caso de V4

226. Se tiene el registro de fecha de nacimiento el 01 de enero de 2017, mientras que fecha de defunción el 4 de noviembre de 2019, por lo que contaba con 2

años, 10 meses de edad, al momento de la muerte. La causa básica de defunción fue por desnutrición severa.

227. La niña era originaria de Pino Gordo, no tenía control nutricional, esquema de vacunación incompleto, no estaba registrada pues no contaba con ningún documento oficial, por lo que la autoridad obtuvo los datos por los abuelos ya que era huérfana.

228. V4 acudió a consulta el día 31 de octubre de 2019, por cuadro diarreico, especificando la autoridad que no se no se pudieron obtener mayores detalles, *“ya que se presentó una barrera de lenguaje para la obtención de los datos”*. Debido a los signos de alarma se refirió y se trasladó por la *Unidad Médica Móvil Pino Gordo*, por lo que, fue hospitaliza en el Hospital General 1.

229. En el nosocomio se le diagnosticó *“[...] desnutrición grado III + gastroenteritis+ desequilibrio hidroelectrolítico”, donde cursa 3 días sin mejoría, a consecuencia de lo cual se refiere a [Hospital General 2] el día 03/11/2019 la cual ingresa con mismos diagnósticos más probable neumonía. Durante su estancia se menciona que la paciente presentaba alteraciones en el desarrollo psicomotor, no hablaba, solo con señas o gemidos, inclusive sin poder sentarse por ella misma, presenta paro cardiorrespiratorio a las 4 am de la mañana del día 04/11/2019 a pesar de las maniobras de reanimación [...]*”.

230. De igual manera, respecto de este caso, por medio del referido oficio número SPPS/079/2021, el programa estatal Chihuahua Crece reportó esencialmente que **no se otorgó a la niña atención médica adecuada a sus padecimientos, por no contar en las fechas de los acontecimientos con Brigada médica desplegada en el área de su comunidad.**

C.6.5. Caso de V5

231. Respecto de este caso la autoridad reportó que únicamente tiene el registro de nacimiento en el mes de abril de 2019, sin conocer el día, mientras que la fecha de defunción fue el 22 de febrero de 2020, por lo que tenía aproximadamente 10 meses aproximadamente al momento del fallecimiento. La causa básica de defunción fue una probable neumonía.

232. También se indicó que no se tiene antecedente médico, ni consultas previas, ni vacunación, ni acta de nacimiento, ni de defunción. En este caso, el día 21 de febrero de 2020 se solicitó el apoyo de valoración médica para 6 niñas y niños que se encontraban enfermos, en la localidad de Sitánachi, por parte del promotor indígena, a la A.C.

233. Por lo anterior, la autoridad realizó las comunicaciones interinstitucionales hasta que la “Región Parral” envió a la brigada móvil “ESI 12 Tejamani”, en su búsqueda, llegando el día 22 de febrero de 2020 a dicho lugar, encontrando que ese niño ya había fallecido unas horas antes.

234. La autoridad informó que solo se sabe que cursaba con cuadro respiratorio de 4 días de evolución, caracterizado por tos y dificultad respiratoria, por lo que fue tratado en casa sin atención médica.

235. En este caso el programa estatal Chihuahua Crece reportó esencialmente que **no se otorgó al niño atención médica adecuada a sus padecimientos, por no contar en las fechas de los acontecimientos con Brigada médica desplegada en el área de su comunidad**

C.6.6. Caso de V1

236. En este caso la autoridad manifestó que no contaba con la fecha de nacimiento, mientras que la fecha de defunción fue el 03 de abril de 2020, teniendo al día de su muerte aproximadamente 1 año de edad. La causa básica de defunción fue desnutrición aguda.

237. La autoridad indicó que la niña fue una de las pacientes que se atendieron por parte de la brigada “*ESI 12 TEJAMANIL*”, el día 22 de febrero de ese mismo año, en la localidad de Sitánachi, como el caso anterior y a su vez fue trasladada al Hospital Comunitario de Guadalupe y Calvo. Siendo lo anterior todo lo que reportó la autoridad.

C.6.7. Caso de V7

238. La autoridad reportó como fecha de nacimiento el mes de abril de 2019, sin especificar el día, mientras que la fecha de defunción el 17 de junio de 2020, por lo que al día de la muerte contaba con 10 meses aproximadamente de edad. La causa Básica Defunción se ignora.

239. Según lo manifestado por la autoridad, no se tiene información de este caso, ni se encuentra censada en ninguna unidad médica.

240. En este caso el programa estatal Chihuahua Crece reportó esencialmente que el 31 de mayo de 2020, la niña V7, que en esa fecha contaba con 1 año y 3 meses de nacida fue atendida por una médica y personal de la Brigada Médica de Chihuahua Crece. El diagnóstico establecido señala que presentaba un resfriado común y signos vitales dentro del rango normal.

241. Finalmente en ese informe la autoridad señaló que “[...] *se puede advertir que lamentablemente se han registrado 7 desafortunadas defunciones de*

infantes, destacando que dentro de las cuales se arroja un dato fundamental, que consiste en visibilizar según se muestra dentro del cuatro contenido bajo el oficio No. 079/2021, suscrito por la Subsecretaria de Prevención y Promoción de la Salud y Directora Ejecutiva de Servicios de Salud de e Instituto Chihuahuense de salud, en la página número 5, mismo en el que se evidencia que únicamente dos de los menores fallecidos contaban con la participación en programas preventivos (V2 y V4), tales como la aplicación de vacunas correspondientes a sus edades así como las consultas médicas respectivas [...]”.

242. También informó que “[...] *debe de enfatizarse que, el sector salud en cuanto tuvo conocimiento de las emergencias médicas que se suscitaron con los menores, acudió de manera inmediata, en relación a las distancias y la estructura de los caminos, al llamado de auxilio respecto de los 6 casos reportados, de los cuales dos de los pacientes se encontraban graves y ya habían fallecido en el hogar al llegar la brigada, mientras que en los otros cuatro fue posible llevar a cabo sus traslados dentro de un segundo nivel de atención médica, donde no se escatimó recurso económico, material o humano por atenderlos, y poner a su acceso todos los medios de diagnósticos necesarios para determinar su estado de salud, así como los tratamientos efectivos que permitieran re-establecer su salud.*”.

243. Finalmente señaló que, “[...] *los cuatro casos que se encontraron en condiciones de llevar a cabo sus traslados y posterior internamiento dentro de los hospitales, se efectuó una minuciosa revisión de los mismos por parte del [Comité] en cumplimiento a lo establecido dentro del artículo 68 de la Ley Estatal de Salud, donde se determinó que **las causas principales de sus defunciones fueron por desnutrición infantil** [...]*”.

C.7. Vulneración al derecho humano a la Vida de V1 a V7

244. El Comité de Derechos del Niño de Naciones Unidas, en la Observación General No. 7 *Realización de los derechos del niño en la primera infancia*, en su párrafo 10, señala: “*El artículo 6 [de la Convención de los derechos del Niño] se refiere al derecho intrínseco de la niñez a la vida y a la obligación de los Estados Parte de garantizar, en la máxima medida posible, la supervivencia y el desarrollo del niño.*”

245. Este Comité en la Observación General No. 15, *Sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud*, reconoció que: “[...] *Los niños tienen derecho a servicios sanitarios de calidad, incluidos servicios de prevención, promoción, tratamiento, rehabilitación y atención paliativa. En la sanidad primaria, deben ofrecerse servicios en cantidad y calidad suficientes que sean funcionales y aceptables para todos y estén al alcance físico y financiero de todos los sectores de la población infantil. [...]*”.

246. El artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño, establece el derecho de las niñas y los niños al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación.

247. La Convención Americana sobre Derechos Humanos, en su artículo 26, establece la obligatoriedad de los Estados de buscar su cumplimiento progresivo, y señala que es el **Estado quien debe hacer uso del máximo de sus recursos disponibles para garantizar el derecho a la protección de la salud**, mientras que el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en su artículo 12, establece que los Estados Partes en el Pacto tienen la obligación de adoptar las medidas para la creación de condiciones que aseguren a todas las personas la asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

248. En materia local, en el artículo 4º de la Constitución Política del Estado de Chihuahua, se dispone que en todas las decisiones y actuaciones del Estado se velará y cumplirá con el principio del interés superior de la infancia. Los niños y las niñas tienen derecho a la satisfacción de sus necesidades de alimentación, salud, educación y sano esparcimiento para su desarrollo integral.

249. Relacionado con el derecho a la salud, este derecho se encuentra íntimamente ligado a la obligación que tienen las autoridades del Estado, para garantizar que todas las niñas y los niños dispongan de servicios sanitarios y otros servicios pertinentes, y accesibles, con mayor énfasis en las zonas y poblaciones vulnerables.

250. En la señalada observación 7, se insta a los Estados Parte a adoptar todas las medidas posibles para mejorar la atención perinatal para madres y bebés, reducir la mortalidad de lactantes y la mortalidad infantil, y crear las condiciones que promuevan el bienestar de todos los niños pequeños durante esta fase esencial de sus vidas.

251. De una interpretación de las anteriores disposiciones se desprende que este derecho tiene un contenido normativo de doble naturaleza, es decir; existe un deber negativo del Estado de respetar la vida mediante la prohibición de su privación arbitraria, **así como el deber positivo de adoptar todas las medidas apropiadas para proteger y preservar el derecho a la vida de quienes se encuentren bajo su jurisdicción**, además de que no se les impida el acceso a los medios que los garanticen.

252. La CrIDH ha considerado que los derechos a la vida y a la integridad personal se hallan directa e inmediatamente vinculados con la atención a la salud humana. En este sentido, la protección del derecho a la integridad personal supone la regulación de los servicios de salud en el ámbito interno, así como la

implementación de una serie de mecanismos tendientes a tutelar la efectividad de dicha regulación.⁴¹.

253. Esa Corte ha sostenido que el Estado debe implementar medidas positivas para proteger la vida de las personas bajo su jurisdicción y velar por la calidad de los servicios de atención a la salud y asegurar que los profesionales reúnan las condiciones necesarias para su ejercicio a fin de proteger la vida de sus pacientes.⁴².

254. En el presente caso, como se ha mencionado, existe una falta de registro, seguimiento y atención médica en el primer nivel de atención, pues no existen las condiciones de accesibilidad y disponibilidad en materia de atención médica, situación por la cual en el caso de niñas y niños con desnutrición en caso de tener alguna urgencia tienen que ser trasladados por sus familiares al Centro de Salud de Corre Coyote, que se encuentra a 3 horas en auto, porque en la comunidad no existe un centro de atención permanente que proporcione ese servicio y la atención de las unidades móviles es insuficiente.

255. En el caso de las 7 niñas y niños fallecidos por desnutrición infantil, el programa Chihuahua Crece Contigo, aceptó en sus informes, que no se otorgó atención médica por ese programa a los menores, por no contar en las fechas de los acontecimientos con brigada médica desplegada en el área de su comunidad.

256. Además, de acuerdo con lo informado por la autoridad, únicamente dos de las niñas y niños fallecidos contaban con la participación en programas preventivos (V2 y V4), tales como la aplicación de vacunas correspondientes a

⁴¹ CrIDH. *Caso Chinchilla Sandoval y otros Vs. Guatemala*. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 29 de febrero de 2016, párrafo 170

⁴² CrIDH. *Caso Poblete Vilches y otros Vs. Chile*. Óp.Cit., párrafo 146.

sus edades, así como las consultas médicas respectivas. Situación que hasta la fecha persiste, pues como se señaló anteriormente, la mayoría de las niñas y niños de la comunidad de Choréachi que una médica de este Organismo Nacional revisó en el mes de junio de 2022, se encontraban sin la aplicación de vacunas o existían irregularidades en su cartilla de vacunación, además de que no contaban con un control de su estado nutricional ni de salud y la mayoría se encontraba con algún grado de desnutrición.

257. Asimismo, **no existe un censo y registro adecuado que pueda generar la prevención, detección, curación y rehabilitación de la salud infantil de la población, en especial en casos de desnutrición**, lo que quedó visibilizado en el presente caso, como se señaló en el párrafo anterior, situación que ocasionó que las y los pacientes tuvieran un inadecuado manejo de la condición de desnutrición en la que se encontraban y en el momento en el que trataron de atenderse medicamente, la afectación en su salud ya era grave, lo que ocasionó su lamentable fallecimiento.

258. Respecto de lo anterior cabe señalar que la autoridad fue insistente en señalar que “[...] *se deduce que, existía una mayor corresponsabilidad y preocupación de sus padres por llevarlos a consulta dentro del período de consulta comprendido por la Unidad médica móvil, que en el resto de los menores, ya que en su mayoría no contaban con el esquema de vacunación de acuerdo a su edad, por lo que en su mayoría no contaban cono esquema de vacunación de acuerdo a su edad, por lo que se encontraban totalmente desconocidos para el personal de salud para su respectivo seguimiento de control de salud.*”.

259. Sin embargo, aun cuando existe siempre un grado de responsabilidad de las y los familiares de las niñas y niños en el seguimiento de su atención médica,

lo cierto es que como se acreditó, en la comunidad de Choréachi no existe una disponibilidad, accesibilidad ni aceptabilidad adecuada de los servicios de salud, lo que ocasiona que ante cualquier padecimiento de una niña o niño, se tenga que quedar en casa en espera de que acuda la unidad médica móvil o en su caso, reportar el caso con el promotor de la comunidad, esperando que las autoridades envíen una unidad para trasladar al menor a alguna unidad médica.

260. Como lo ha señalado la CrIDH, en materia de derecho a la vida de la niñez, el Estado tiene, además de las obligaciones para toda persona, la obligación adicional de promover las medidas de protección a las que se refiere el artículo 19 de la Convención Americana, el cual dispone que: “[t]odo niño tiene derecho a las medidas de protección que su condición de menor requieren por parte de su familia, de la sociedad y del Estado”. Así, por una parte, el Estado debe asumir su posición especial de garante con mayor cuidado y responsabilidad, y debe tomar medidas especiales orientadas en el principio del interés superior de la niñez. Lo anterior no puede desligarse de la situación igualmente vulnerable de las mujeres embarazadas de la Comunidad. Los Estados deben prestar especial atención y cuidado a la protección de este grupo y adoptar medidas especiales que garanticen a las madres, en especial durante la gestación, el parto y el período de lactancia, el acceso a servicios adecuados de atención médica.⁴³

261. En el caso de V2, la autoridad informó que tuvo su última consulta nutricional el 4 de junio de 2019, ocasión en la que ya se le había detectado desnutrición crónica, sin que se le hubiera canalizado a una unidad de segundo nivel, como lo establece la Norma Oficial Mexicana NOM 031 SSA2 1999, Para

⁴³ CrIDH, *Caso Comunidad Indígena Sawhoyamaya Vs. Paraguay*. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 29 de marzo de 2006, párrafo 177.

la atención a la salud del niño, lo que repercutió en su estado de salud y eventualmente en su fallecimiento.

262. Finalmente, la autoridad señaló que, “[...] *los cuatros casos que se encontraron en condiciones de llevar a cabo sus traslados y posterior internamiento dentro de los hospitales, se efectuó una minuciosa revisión de los mismos por parte del Comité Jurisdiccional de Mortalidad Infantil en cumplimiento a lo establecido dentro del artículo 68 de la Ley Estatal de Salud, donde se determinó que **las causas principales de sus defunciones fueron por desnutrición infantil** [...]*”.

263. Por lo anterior, las autoridades en materia de salud del Estado de Chihuahua, son responsables por haber vulnerado el derecho humano a la salud y a la vida de V1, V2, V3, V4, V5, V6 y V7, al haber sido omisos en la detección, tratamiento y rehabilitación de la condición de desnutrición infantil en la que se encontraban las niñas y los niños, por la falta de disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad de los servicios médicos en la comunidad de Choréachi, lo que ocasionó que no fueran atendidos de manera oportuna por las unidades médicas que lo realizaron, al tener un grado grave de desnutrición y su eventual fallecimiento.

D. VIOLACIÓN DEL DERECHO HUMANO A UN NIVEL DE VIDA ADECUADO

264. El derecho humano a la salud guarda una estrecha relación con otros derechos fundamentales, pues para que una persona se encuentre en condiciones de alcanzar un nivel de bienestar requiere que todas sus necesidades básicas se encuentren adecuadamente satisfechas. Por lo anterior, del análisis al presente asunto y con relación a las diversas diligencias realizadas por personal de este Organismo Nacional protector de Derechos Humanos se advierten de manera enunciativa, mas no limitativa, violaciones a los derechos

humanos a un nivel de vida adecuado, a la alimentación adecuada, a la educación y al interés superior de la niñez, bajo el tenor siguiente:

265. El derecho humano a un nivel de vida adecuado se encuentra reconocido en el artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, el 11 del Pacto de Derechos Económicos Sociales y Culturales; 10, 12, 13 y 16 del Protocolo de San Salvador y 27 de la Convención de los Derechos del Niño; así como en los artículos 1º, y 4º de la Constitución Federal, en los que se establece que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud, el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios.

266. El derecho a un nivel de vida adecuado está conformado por la garantía de varios derechos humanos. A continuación, se analiza brevemente el contenido de los derechos que integran el derecho a un nivel de vida adecuado, y aquéllos que se relacionan íntimamente con éste, que en el presente caso se vulneraron de manera conjunta y deben de entenderse desde la perspectiva del principio de interdependencia de los derechos humanos.

D.1. VIOLACIÓN DEL DERECHO HUMANO A LA ALIMENTACIÓN ADECUADA

267. El Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales, en la Observación General 12, explica el contenido normativo de los párrafos 1 y 2 del artículo 11 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y establece que *“El derecho a la alimentación adecuada se ejerce cuando todo hombre, mujer o niño, ya sea solo o en común con otros, tiene acceso físico y económico, en todo momento, a la alimentación adecuada o a medios para obtenerla”*.

268. En el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), también se estipula en su artículo 11, que *“Los Estados partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado para sí y su familia, incluso alimentación, vestido y vivienda adecuados, y a una mejora continua de las condiciones de existencia”*.

269. En el artículo 12, del Protocolo de San Salvador, se define al derecho a la alimentación como: *“Toda persona tiene derecho a una nutrición adecuada que le asegure la posibilidad de gozar del más alto nivel de desarrollo físico, emocional e intelectual. Con el objetivo de hacer efectivo este derecho y a erradicar la desnutrición, perfeccionar los métodos de producción, aprovisionamiento y distribución de alimentos, promover una mayor cooperación internacional en apoyo de las políticas nacionales sobre la materia”*.

D.1.2. Acciones realizadas por las autoridades en materia de alimentación y nutrición

270. En materia de alimentación, de acuerdo con el informe de la Secretaría de Salud, el día 16 de octubre del 2017, esa Secretaría suscribió convenio con el Organismo Público Descentralizado denominado Desarrollo Integral de la Familia, con el objeto de colaborar de manera conjunta para el otorgamiento de dos despensas alimenticias a cada familia, cuando de la revisión y control médico de la niñez se detecte que se encuentran con desnutrición (1 para menor de 5 años y 1 para población vulnerable).

271. Mediante el oficio número 880/2021, de fecha 10 de diciembre de 2021, el Director de Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Chihuahua rindió su informe sobre los hechos manifestados en la queja, destacando que en materia de nutrición de la niñez de la comunidad de Choréachi, el 27 de marzo de 2021, se inauguró el CERENAM en el lugar.

272. Ese centro es administrado por un responsable, que es una persona con licenciatura en nutrición, que tiene una estancia de 19 a 21 días continuos al mes las 24 horas del día y descanso de 10 días y 1 auxiliar, que debe de ser una persona de la comunidad y tiene un horario de 8 horas de lunes a viernes.

273. La atención que brinda el CERENAM consisten en brindar albergue y asistencia nutricional a niñas y niños con desnutrición leve y moderada, así como a mujeres embarazadas y en periodo de lactancia que son referidas por un centro o brigadas de salud del programa Chihuahua Crece.

274. Con lo anterior, reportó que, a la fecha de la emisión del informe, existía una población beneficiada de 50 mujeres embarazadas y en periodo de lactancia así como 350 niñas y niños menores de 6 años identificados por el programa Chihuahua Crece de la Secretaría de Desarrollo Humano y Bien Común.

275. De acuerdo con el reporte de abril a noviembre de 2021, se realizaron las siguientes acciones:

Acciones de atención Integral	Cantidad
Valoraciones nutriológicas a niños, niñas y mujeres embarazadas	104
Entregas de paquetes alimentarios a menores detectados con desnutrición	67
Entregas de paquetes alimentarios de mujeres embarazadas o en periodo de lactancia	35
Entregas de paquetes alimentarios para personas de atención prioritaria.	92
Capacitaciones en orientación alimentaria	209
Capacitaciones de embarazo y lactancia	96

Acciones de atención Integral	Cantidad
Albergue a menores con algún grado de desnutrición	98
Albergue a mujeres embarazadas y o lactando	35
Albergue acompañantes	82
Raciones alimentarias otorgadas	7910
Traslado de emergencia realizados por el nutriólogo de Choréachi al Hospital de Guadalupe y Calvo	6

276. Adicional a ello, señaló que en esos momentos se gestionaba en coordinación con Servicios Estatales de Salud, la Comisión Estatal de Pueblos Indígenas, el Sistema Estatal de Protección Integral Niñas, Niños y Adolescentes, la Secretaría de Educación, la Secretaría de Desarrollo Humano y Bien Común y UNICEF, la elaboración de un Plan de atención Integral para llevar a cabo estrategias para combatir la desnutrición en mujeres embarazadas, niñas y niños.

277. Por medio del oficio con clave SS/DJ/0213-2022, de fecha 1 de marzo de 2022, la Jefa de Departamento de Servicios Jurídicos de la Secretaría de Salud, rindió un informe sobre los hechos, del cual destaca:

278. Se cuenta con apoyo del DIF Estatal mediante la entrega de apoyo alimentario (despensa), de manera mensual, para los menores de 5 años con 11 meses que presenten algún grado de desnutrición o estén en vías de recuperación, así como para jefe o jefa de familia. Por parte del DIF se construyó un CERENAM en la localidad de Corre Coyote, y el otro de nueva creación en la localidad de Choréachi, así como la contratación de un licenciado en nutrición para atención de la población en el mismo.

279. Con apoyo de UNICEF las unidades médicas móviles entregaron suplemento alimenticio donado por la misma Organización, con el objetivo de

combatir la desnutrición infantil en la zona en los meses de agosto y septiembre de 2021.

280. Por lo anterior, indicó que, en el municipio de Guadalupe y Calvo, se tiene registro de 2,298 menores de 5 años que se encuentran en control nutricional al cierre del mes de enero 2022, de esta población se tienen 199 en estado de desnutrición (103 leve 13 moderados y 7 graves), así como 76 niños en vías de recuperación.

281. En lo que atiende directamente a la localidad de Choréachi dentro del año 2022, se reportaron 325 menores de 5 años, pero solo 140 se encuentran en control nutricional, entre los que destacan 6 desnutridos leves, 3 moderados y 1 grave, más 5 en fases de recuperación.

282. Se indicó que se han otorgado capacitaciones a padres, madres y/o tutores en temas de prevención y cuidados de infecciones respiratorias agudas, infecciones diarreicas agudas, y desnutrición infantil con un total de 926 personas.

283. De igual manera, de acuerdo con lo informado en el oficio EPI-082-2022, de fecha 15 de febrero de 2022, suscrito por el Subdirector de Epidemiología de los Servicios de Salud de Chihuahua, **durante el año 2019 a 2021, una de las principales causas de muerte en el Municipio de Guadalupe y Calvo en menores de 14 años fue el de la Desnutrición calórico protéica, siendo la principal en el año 2019 y 2021.**

284. De acuerdo con el oficio DPCE/022/2021, de fecha 15 de febrero de 2021, suscrito por la Directora de Prevención y control de enfermedades de servicios de salud de Chihuahua, **“4 de las 7 defunciones ocurridas en niños y niñas menores de 5 años de la localidad de Choréachi fueron analizadas por el**

Comité Jurisdiccional de Mortalidad Infantil. Las causas son principalmente desnutrición infantil en la mayoría de los casos.”

285. El contexto histórico de exclusión social, política y económica, incluidos actos de expropiación y despojo de sus tierras han ocasionado que los pueblos y comunidades indígenas recientan en mayor medida el hambre y la desnutrición.

286. Según la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, el concepto del derecho a una alimentación adecuada incluye criterios fundamentales para que la alimentación sea nutritiva y culturalmente adecuada, que se efectúe en dignidad y que sea sostenible. Esto implica que los grupos vulnerables tienen que disponer de los recursos productivos y/o de los ingresos suficientes para poder alimentarse de manera adecuada. La idea básica es que estos grupos no dependan de ayuda alimentaria, sino que sean capaces de alimentarse ellos mismos. Esto también implica, desde una perspectiva de derechos, que las personas consumidoras deben participar en la definición de las políticas para garantizar el derecho a la alimentación y tener acceso a los alimentos sin ningún tipo de discriminación o restricción.⁴⁴

287. En el caso de los pueblos y comunidades indígenas, el derecho a tener acceso, de manera regular, permanente y libre, sea directamente, sea mediante compra en dinero, a una alimentación cuantitativa y cualitativamente adecuada y suficiente, que corresponda a las tradiciones culturales de la población a que pertenece el consumidor y que garantice una vida psíquica y física, individual y colectiva, y digna.

⁴⁴ Comisión Presidencial Coordinadora de la Política del Ejecutivo en Materia de Derechos Humanos. Óp. Cit., pág. 24.

288. Los elementos que deben de verificarse al examinar el derecho a la alimentación adecuada son los siguientes:

- a) **La disponibilidad.** La alimentación se pueda obtener de recursos naturales ya sea mediante la producción de alimentos, el cultivo de la tierra y la ganadería, o mediante otra forma de obtener el alimento, como la pesca, la caza o la recolección. Por otra parte, significa que los alimentos deben estar disponibles para su venta en mercados y comercios.

- b) **La accesibilidad.** Se debe de garantizar el acceso económico y físico a la alimentación. Las personas deben estar en condiciones de permitirse la adquisición de alimentos para tener una dieta adecuada sin comprometer en modo alguno otras necesidades básicas, como las matrículas escolares, los medicamentos o el alquiler. Por accesibilidad física se entiende que los alimentos deben estar accesibles a todas las personas, **incluidos los grupos vulnerables, a quienes puede resultar difícil salir para obtener alimentos.**

289. Debe garantizarse además el derecho a la alimentación a las personas que se hallen en zonas remotas. Por ejemplo, se puede mejorar la garantía del acceso físico a la alimentación de quienes viven en estas zonas con el mejoramiento de la infraestructura de manera que puedan llegar a los mercados por medio del transporte público.

290. En casos de pueblos indígenas y comunidades que viven de acuerdo a tradiciones ancestrales, consideraron que el uso y goce de las tierras, territorios y recursos naturales, constituye su único medio de subsistencia material y

espiritual, de acuerdo a la propia cultura. Es decir, el único medio de realización de su dignidad como personas y como comunidad.⁴⁵

291. En tal sentido el artículo 40 Constitución de Chihuahua, dispone que los niños y las niñas tienen derecho a la satisfacción de sus necesidades de alimentación y salud.

292. De acuerdo con la opinión médica 1, se documentó que el promedio de gasto mensual para la compra de alimentos de las familias en la comunidad indígena de Choréachi, se encuentra por debajo de lo mínimo requerido para la canasta básica alimentaria en las zonas rurales para el año 2019, siendo un factor socioeconómico de riesgo para la desnutrición infantil de la comunidad.

293. En el presente caso, no se advirtió que el Gobierno del Estado de Chihuahua haya implementado alguna política pública o programa social con la finalidad de garantizar el derecho de las personas de la comunidad de Choréachi, a los recursos productivos y/o de los ingresos suficientes para poder alimentarse de manera adecuada. El Estado únicamente ha realizado acciones asistenciales al proporcionar algunas despensas en distintas ocasiones.

294. El reflejo de la inseguridad alimentaria en la que viven las personas es el alto porcentaje de desnutrición (76%) que presentan las niñas y los niños de la comunidad.

295. Lo anterior incrementa el riesgo de morbilidad y mortalidad, por lo que dicha población amerita atención médica multidisciplinaria a fin de evitar daños físicos, cognitivos irreversibles y mejorar su sistema inmunológico para impedir que

⁴⁵ Carmen Herrera, *El derecho de propiedad en el sistema interamericano de derechos humanos, ni frívolo ni exclusivamente masculino. Imperativo para erradicar la pobreza y discriminación de las mujeres*, Corte Interamericana de Derechos Humanos. pág. 313., Disponible en <https://www.corteidh.or.cr/tablas/a22098.pdf>, (Consultado el 16 de agosto de 2022)

contraigan enfermedades infecciosas a las que son mayormente vulnerables e incrementan el riesgo de mortalidad. Atención que se vería fortalecida con una adecuada alimentación.

D.2. EL DERECHO A LA EDUCACIÓN

296. El derecho humano a la educación se encuentra reconocido en el artículo 3º Constitucional y en los artículos 26 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, 12 de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, 13 del Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales y 13 del Protocolo de San Salvador. Estas disposiciones jurídicas preceptúan que todas las personas tienen derecho a la educación que tendrá por objeto el pleno desarrollo de la personalidad humana y del sentido de su dignidad; basada en el respeto irrestricto de la dignidad de las personas, con un enfoque de derechos humanos y de igualdad sustantiva.

297. En la Ley General de Derechos Lingüísticos de los Pueblos Indígenas, la Ley General de Educación y la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, también se busca garantizar el respeto de los derechos culturales y lingüísticos, de los pueblos y comunidades indígenas del país, además de favorecer una educación bilingüe en un entorno multicultural.

298. El Estado debe priorizar el interés superior de niñas, niños, adolescentes y jóvenes en el acceso, permanencia y participación en los servicios educativos. En el caso del acceso a la educación en los pueblos y comunidades indígenas se deberá de impartir de manera plurilingüe e intercultural basada en el respeto, promoción y preservación del patrimonio histórico y cultural.

299. De conformidad con el artículo 4º de la Ley Estatal de Educación de Chihuahua, el Estado, a través de la Autoridad Educativa Estatal, está obligado

a impartir los servicios educativos de preescolar, primaria y secundaria a toda la población.

300. Las omisiones en materia de acceso a la salud de la comunidad de Choréachi, vinculadas con las del derecho a la alimentación y el acceso al agua limpia impactan de manera significativa el derecho a una existencia digna y las condiciones básicas para el ejercicio de otros derechos humanos, como el derecho a la educación.

301. Como se pudo documentar, la condición de la infancia en la comunidad indígena Rarámuri de Choréachi, es alarmante, en virtud de que no sólo la salud muestra una inadecuada atención sino también aspectos como la educación, mismas que atentan contra su derecho de acceso a condiciones que abonen a su sano desarrollo.

302. De acuerdo con la opinión psicológica social realizada por este Organismo Nacional, el maestro de la comunidad asiste sólo dos días al mes y atiende al 15% de la población en edad escolar. Por lo que la educación es prácticamente nula para las niñas y los niños sobre todo los que habitan en rancherías muy alejadas.

303. La comunidad de Choréachi se encuentra conformada por 64 Rancherías, todas ellas se encuentran en lugares de difícil acceso, alejadas en su mayoría por más de 1 hora de camino a pie, sin caminos para el tránsito de vehículos, siendo la más lejana la de Sintánachi, que se encuentra aproximadamente a 4 horas a pie, lo que dificulta que la niñez que vive en esas localidades pueda acudir al único centro escolar que se encuentra en el centro de la comunidad de Choréachi.

304. La falta de recursos y la lejanía de la escuela para la niñez de Choréachi les pone en riesgo de no acudir o abandonar los estudios.

305. Del análisis de las constancias que integran el expediente de queja, no existe alguna que acredite que las autoridades del Estado de Chihuahua hubiesen tomado las medidas necesarias para asegurar el acceso, permanencia y la continuidad de los procesos educativos de las personas menores de edad de la comunidad, incluidos los servicios de difusión y promoción de la salud y la alimentación en la comunidad.

306. El acceso a la educación de las víctimas no sólo debe ser considerada desde un enfoque de atención humanitaria, sino que, debe convertirse en un espacio importante para el empoderamiento de sus derechos.

307. Lo anterior, permite concluir que con motivo las condiciones en las que vive la niñez de la comunidad de Choréachi, se ha vulnerado su derecho a la educación, pues de acuerdo con las facultades con las que cuentan las autoridades del Estado de Chihuahua en esa materia, no han realizado las gestiones pertinentes para proporcionar los servicios en materia educativa que las personas de la comunidad de Choréachi requieren.

D.3. INTERÉS SUPERIOR DE LA NIÑEZ

308. Acorde con diversos tratados internacionales de los que México es parte, la niñez, debe de entenderse como toda persona menor de dieciocho años de edad, salvo que en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad⁴⁶. En ese contexto, el principio de interés superior de la niñez ha sido reconocido en los artículos 4° de la Constitución Federal y 18 de la Ley General de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, el cual estipula: “[e]n

⁴⁶ Convención sobre los Derechos del Niño, ONU, art. 1.

todas las medidas concernientes a niñas, niños y adolescentes que tomen los órganos jurisdiccionales, autoridades administrativas y órganos legislativos, se tomará en cuenta, como consideración primordial, el interés superior de la niñez”.

309. La SCJN ha señalado en un criterio jurisprudencial que, el concepto del interés superior de la niñez deberá entenderse como “[...] *el catálogo de valores, principios, interpretaciones, acciones y procesos dirigidos a forjar un desarrollo humano integral y una vida digna, así como a generar las condiciones materiales que permitan a los menores vivir plenamente y alcanzar el máximo bienestar personal, familiar y social posible, cuya protección debe promover y garantizar el Estado en el ejercicio de sus funciones legislativa, ejecutiva y judicial, por tratarse de un asunto de orden público e interés social*”⁴⁷.

310. Con relación al caso, materia del presente pronunciamiento, es necesario enfatizar que, **la comunidad indígena de Choréachi se encuentra en un grado alto de marginación y pobreza, lo que ha ocasionado inseguridad alimentaria y desnutrición infantil**, lo que se ha traducido en un alto grado de mortalidad infantil, por lo cual, las autoridades del Estado de Chihuahua, debieron de haber tomado en cuenta para las acciones a realizar en materia de salud de la niñez, el principio de su interés superior.

311. En ese contexto resulta importante destacar que la CrIDH resolvió que: *“los niños indígenas cuyas comunidades son afectadas por la pobreza se encuentran en una especial situación de vulnerabilidad. La obligación de proteger el interés superior de los niños y niñas durante cualquier procedimiento en el cual estén involucrados puede implicar, inter alia, lo siguiente: i) suministrar la información e implementar los procedimientos adecuados adaptándolos a sus necesidades*

⁴⁷SCJN, Jurisprudencia, “*INTERÉS SUPERIOR DEL MENOR. SU CONCEPTO*”. Publicada en el Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, marzo de 2011.

*particulares, garantizando que cuenten con asistencia letrada y de otra índole en todo momento, de acuerdo con sus necesidades [..]*⁴⁸.

312. De lo expuesto se puede concluir entonces que el interés superior de la niñez, como principio regulado en nuestro sistema jurídico, tanto nacional como internacional, constituye una obligación a cargo de las autoridades que deban tomar decisiones respecto a la niñez y, en el caso concreto la niñez indígena de Choréachi, que se encuentra en un alto grado de vulnerabilidad por la situación ya descrita, por lo que las autoridades deben de realizarlo tomando en consideración las necesidades específicas, acordes a edad, sexo y condición socioeconómica, así como las necesidades más amplias de protección que requieran.

313. De acuerdo con la información obtenida durante la visita a la comunidad en el mes de junio de 2022, por personal de este Organismo Nacional, se destacan los siguientes puntos de la opinión médica realizada al respecto:

314. Con relación a constatar el estado de salud de la niñez indígena de la comunidad, se partió de una base de datos cuantitativa e información censal actual, la cual no pudo obtenerse por parte del servicio médico de la comunidad, porque se reitera que no se encontró en el Centro de Salud al personal médico adscrito, pasantes, enfermeras, enfermeros o trabajadoras o trabajadores sociales en ese lugar, por lo tanto no fue posible conocer el registro para determinar el estado de salud de la población infantil de dicha comunidad, hasta contar inicialmente con un censo de la población infantil y evaluar la situación de salud de manera multidisciplinaria, en un tiempo determinado, considerando el

⁴⁸ CrIDH, *Caso Rosendo Cantú y otra Vs. México*, Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 31 de agosto de 2010, párrafo 74.

total de la población a estudiar y lo registrado en los expedientes médicos de control de cada una de las niñas y niños de la comunidad.

315. Dentro del CERENAM, con el apoyo de SP1 y E3, se habilitó un área, en la sala de espera, con una báscula digital y cinta métrica, instrumentos de trabajo del nutriólogo, en donde nuevamente previamente al registro de las niñas y niños de forma individual, se informó el procedimiento a realizar y solicitó el consentimiento verbal a madres o abuelas de las y los menores, por medio de E3 y E4, el cual consistió en registrar el nombre, fecha de nacimiento, peso y talla sin calzado de niñas y niños, que así lo permitieron.



Fotos tomadas por personal de este Organismo Nacional. Muestran, que frente al CERENAM de la comunidad, se llevó a cabo una reunión entre el personal de este Organismo Nacional y diferentes familias que se constituyeron en el lugar, a quien se les solicitó por medio de E4, su consentimiento verbal para registrar el peso y talla de sus hijas y/o hijos.

316. Una vez informado el propósito de la intervención y con el consentimiento de las madres y padres, durante los días 22 y 23 de junio de 2022, con el apoyo de personal de esta Comisión Nacional se registró el peso y talla de un total de 80 niñas y niños de la Comunidad Rarámuri de Choréachi, que tenían entre 3 meses y 12 años 4 meses de edad.

317. La siguiente tabla muestra la edad, peso, talla y grado de desnutrición de una muestra de 80 niñas y niños de la comunidad, el estadio -1 de acuerdo al peso, indica que el menor de edad con base en su edad cursa con desnutrición

leve, tomando como referencias las tablas para valorar peso/edad de la **Norma Oficial Mexicana Nom-031-SSA-1999, Para la atención a la salud del niño** y las curvas de patrones de crecimiento infantil de la **Organización Mundial de la Salud (OMS)**, -2 indicada desnutrición moderada y -3 desnutrición grave y con relación a la talla, los estadios -1, -2 y -3, muestra el número de desviaciones estándar por debajo del ideal para su edad, cabe mencionar que una talla baja para la edad, refleja desnutrición crónica.

Muestra de peso y talla de 80 niñas y niños de la Comunidad Rarámuri de Pino Gordo, Choréachi, Municipio de Guadalupe y Calvo, Chihuahua, (22-23 de junio de 2022).

NO.	NOMBRE	GÉNERO	EDAD EN AÑOS Y MESES	PESO EN KG.	ESTADIO	TALLA EN CM	ESTADIO
1	(Niña/o 1)	Masculino	2años 4meses	11.7	-1	78	-3
2	(Niña/o 2)	Masculino	3años	12	-2	84	-2
3	(Niña/o 3)	Femenino	3años	10.5	-2	92.5	-1
4	(Niña/o 4)	Femenino	5años 9meses	12.9	-3	106. 5	-2
5	(Niña/o 5)	Masculino	3meses	5.8	Normal	60	Normal
6	(Niña/o 6)	Masculino	2años	10	-2	79	-2

NO.	NOMBRE	GÉNERO	EDAD EN AÑOS Y MESES	PESO EN KG.	ESTADIO	TALLA EN CM	ESTADIO
7	(Niña/o 7)	Masculino	4años 10meses	14.0	-2	103	-1
8	(Niña/o 8)	Masculino	5meses	8.1	+1	70	Normal
9	(Niña/o 9)	Masculino	12años 4meses	33.2	Normal	143	-2
10	(Niña/o 10)	Masculino	8años 7meses	21.5	-2	120	-2
11	(Niña/o 11)	Femenino	5años 7meses	15	-2	104	-2
12	(Niña/o 12)	Masculino	8años	21	-2	117. 5	-2
13	(Niña/o 13)	Masculino	5años 8meses	20.1	+1	114	Normal
14	(Niña/o 14)	Masculino	5años 7meses	20	Normal	110	-1
15	(Niña/o 15)	Masculino	4años	15.5	-1	105	Normal
16	(Niña/o 16)	Femenino	1 años 6 meses	9.1	-1	73	-2
17	(Niña/o 17)	Masculino	3 años	13.7	-1	90	-1

NO.	NOMBRE	GÉNERO	EDAD EN AÑOS Y MESES	PESO EN KG.	ESTADIO	TALLA EN CM	ESTADIO
18	(Niña/o 18)	Masculino	3 años 6 meses	15	Normal	90	-2
19	(Niña/o 19)	Masculino	5 años 9 meses	15	-3	101	-3
20	(Niña/o 20)	Masculino	12 años	34	Normal	143	-1
21	(Niña/o 21)	Femenino	1 año 6 meses	8.4	-2	64.6	-3
22	(Niña/o 22)	Masculino	7 años 6 meses	20	-2	107	-3
23	(Niña/o 23)	Femenino	7 años 5 meses	25.3	Normal	123	Normal
24	(Niña/o 24)	Masculino	8 meses	6.8	-2	67	-1
25	(Niña/o 25)	Masculino	4 años 10 meses	15.5	-1	108.5	Normal
26	(Niña/o 26)	Femenino	6 años	15	-2	109	-1
27	(Niña/o 27)	Femenino	2 años 6 meses	12.8	Normal	86.5	-1
28	(Niña/o 28)	Femenino	8 años 5 meses	28.7	+1	130	Normal

NO.	NOMBRE	GÉNERO	EDAD EN AÑOS Y MESES	PESO EN KG.	ESTADIO	TALLA EN CM	ESTADIO
29	(Niña/o 29)	Masculino	9 años	27.6	-1	132	Normal
30	(Niña/o 30)	Masculino	4 años 5 meses	15.5	-1	96	-2
31	(Niña/o 31)	Masculino	4 años 10 meses	16.5	-1	102.5	-1
32	(Niña/o 32)	Masculino	4 años 3 meses	14.7	-1	93	-2
33	(Niña/o 33)	Masculino	4 años 6 meses	14.8	-1	98	-2
34	(Niña/o 34)	Masculino	3 años 9 meses	14.8	-1	92	-2
35	(Niña/o 35)	Masculino	8 años	24	-1	116	-2
36	(Niña/o 36)	Masculino	6 años 4 meses	18	-1	116	Normal
37	(Niña/o 37)	Masculino	11 meses	7	-2	66	-1
38	(Niña/o 38)	Femenino	3 años 7 meses	14	-1	95	-1
39	(Niña/o 39)	Femenino	5 años 10 meses	15.5	-2	104.5	-2

NO.	NOMBRE	GÉNERO	EDAD EN AÑOS Y MESES	PESO EN KG.	ESTADIO	TALLA EN CM	ESTADIO
40	(Niña/o 40)	Masculino	3 años 10 meses	13	-2	89	-3
41	(Niña/o 41)	Femenino	6 años 2 meses	14.5	-3	99	-3
42	(Niña/o 42)	Femenino	10 años	28	-1	132	-1
43	(Niña/o 43)	Femenino	3 años 11 meses	15	Normal	93	-2
44	(Niña/o 44)	Femenino	4 años	14	-1	96.4	-1
45	(Niña/o 45)	Femenino	7 años	17.1	-2	113	-2
46	(Niña/o 46)	Femenino	6 años 2 meses	19.8	Normal	113	Normal
47	(Niña/o 47)	Masculino	8 años 7 meses	25.2	-1	121	-2
48	(Niña/o 48)	Femenino	2 años 10 meses	11.4	-1	63	-3
49	(Niña/o 49)	Femenino	7 años 1 mes	21	-1	111	-2
50	(Niña/o 50)	Femenino	10 años	26.8	-2	126	-3

NO.	NOMBRE	GÉNERO	EDAD EN AÑOS Y MESES	PESO EN KG.	ESTADIO	TALLA EN CM	ESTADIO
51	(Niña/o 51)	Masculino	3 años 4 meses	14.5	-1	89	-2
52	(Niña/o 52)	Masculino	5 años	20	Normal	105	-1
53	(Niña/o 53)	Masculino	5 años 5 meses	17.8	-1	101	-3
54	(Niña/o 54)	Masculino	10 años	19.7	-3	114	-3
55	(Niña/o 55)	Femenino	11 años 2 meses	38.7	Normal	142	-1
56	(Niña/o 56)	Masculino	1 año 11 meses	10.5	-1	77	-3
57	(Niña/o 57)	Masculino	4 años	14	-1	90.5	-3
58	(Niña/o 58)	Femenino	10 años 1 mes	30	-1	140	+1
59	(Niña/o 59)	Femenino	9 años 4 meses	118.5	-3	19.3	-3
60	(Niña/o 60)	Femenino	5 años 2 meses	19.5	+1	103	-2
61	(Niña/o 61)	Masculino	2 años	7.5	-3	76.5	-3

NO.	NOMBRE	GÉNERO	EDAD EN AÑOS Y MESES	PESO EN KG.	ESTADIO	TALLA EN CM	ESTADIO
62	(Niña/o 62)	Femenino	4 años	14	-1	92.5	-2
63	(Niña/o 63)	Masculino	8 años 3 meses	25	-1	117.5	-2
64	(Niña/o 64)	Femenino	7 años	18	-2	112	-2
65	(Niña/o 65)	Masculino	4 años 3 meses	16	-1	98	-3
66	(Niña/o 66)	Masculino	7 años	26	+1	116	-1
67	(Niña/o 67)	Femenino	23 meses	11.7	Normal	78	-2
68	(Niña/o 68)	Masculino	7 años 8 meses	21	-2	117	-2
69	(Niña/o 69)	Masculino	5 años 5 meses	17.4	-1	108	-1
70	(Niña/o 70)	Masculino	5 años 5 meses	17.4	-1	108	-1
71	(Niña/o 71)	Masculino	3 años 8 meses	11.9	-2	85	-3
72	(Niña/o 72)	Masculino	8 años 2 meses	22.3	-2	123	-1

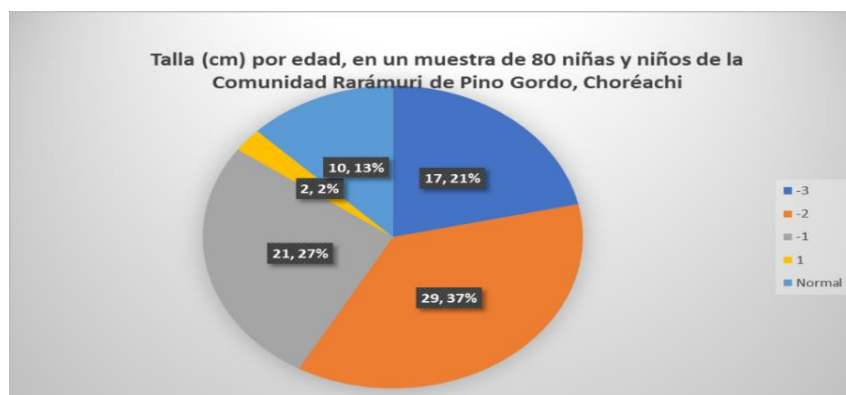
NO.	NOMBRE	GÉNERO	EDAD EN AÑOS Y MESES	PESO EN KG.	ESTADIO	TALLA EN CM	ESTADIO
73	(Niña/o)	Femenino	1 año 1 meses	9.5	Normal	72.5	-1
74	(Niña/o)	Femenino	6 años 5 meses	29.5	+3	126	+1
75	(Niña/o)	Masculino	12 años	28.5	-1	134	-2
76	(Niña/o)	Femenino	10 años 2 meses	21	-3	125.5	-3
77	(Niña/o)	Masculino	8 años 11 meses	20.3	-3	119	-3
78	(Niña/o)	Femenino	5 años 3 meses	16.3	-1	104	-2
79	(Niña/o)	Masculino	6 años 11 meses	19.5	-1	111	-2
80	(Niña/o)	Femenino	1 año 4 meses	7.2	-2	74	-1

318. De acuerdo a los resultados descritos en la tabla, solo 13 niñas y niños de los 80, lo que equivale al 17% tuvo un peso ideal de acuerdo a su edad y **76%** presentó algún grado de desnutrición, **31 niñas y niños desnutrición leve, 21 moderada y 8 grave**, con base en su peso y las tablas de referencia para valorar peso/edad en niñas y niños menores de 5 años.

319. Cifras que son alarmantes y muestran que la mayoría de la población de la niñez registrada, cuenta con algún grado de desnutrición con base en su peso, 39% se encuentra en leve y 37% entre moderada y severa, lo que demuestra que **el estado de nutrición de la población infantil sí es un problema de salud pública que incrementa el riesgo de morbilidad y mortalidad**, por lo que dicha población amerita atención médica multidisciplinaria con la finalidad de evitar daños físicos, cognitivos irreversibles y mejorar su sistema inmunológico para impedir que contraigan enfermedades infecciosas a las que son mayormente vulnerables e incrementan el riesgo de mortalidad.



320. Es importante señalar que, no solo el peso de las niñas y niños registrados se encontró por debajo de lo normal, porque de acuerdo con su talla, es posible determinar que solo el 15% tiene una talla ideal de acuerdo con su edad y **el 85% de la población infantil registrada presentó retraso en el crecimiento o talla baja de acuerdo con su edad, que indica una desnutrición crónica**, como se muestra en la siguiente gráfica.



321. Hallazgos por los cuales se sugiere con urgencia y sin distinción de ningún tipo, se otorguen los recursos médicos necesarios y sistematizados que garanticen la prevención, detección, curación y rehabilitación de la salud infantil de la población, con el fin de minimizar los efectos esperados de la desnutrición y favorecer la calidad de vida individual y colectiva de la comunidad.

322. En esta opinión emitida por este Organismo Nacional también se determinó que, con base en el resultado de las historias clínicas pediátricas, existen múltiples factores que incrementan la morbilidad y mortalidad infantil de las niñas y niños de la población estudiada, ya que solo una niña de nueve menores cuenta con un peso y talla ideal para su edad, el resto se encontró con algún grado de desnutrición crónica leve, moderada o severa de acuerdo con su peso, talla y características clínicas.

323. Dentro de los factores de riesgo identificados se encuentra la falta de atención médica a las mujeres embarazadas, por medio de vigilancia y manejo individual del embarazo (atención prenatal), parto, al recién nacido y control del niño sano.

324. Con lo anterior la autoridad encargada de otorgar la atención médica a la comunidad incumplió con la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, *Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y la persona recién nacida* y la Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, *Para la atención a la salud del niño*, ante la falta de evidencia que incluya la promoción y restauración de la salud, entre ellas la prevención, control y atención de la evolución normal del embarazo, parto, urgencias obstétricas, prevención y control de enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias agudas y control de la nutrición mediante la vigilancia del crecimiento y desarrollo de las niñas y niños menores de cinco años; vulnerando con ello el derecho de la población a

recibir atención digna, de calidad, con pertinencia cultural y respetuosa de su autonomía.

325. También con base en la información obtenida de las historias clínicas, como medidas adecuadas todas las madres de las niñas y niños evaluados refirieron haber protegido a sus hijos por medio de lactancia materna, incrementado con dicha acción la resistencia a contraer infecciones; sin embargo, la ablactación en la mayoría de los casos fue tardía ya que después de los cuatro a seis meses de edad de manera inadecuada agregaron otros alimentos poco variados a la alimentación de los niños.

326. Contrario a lo que establece la Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, Para la atención a la salud del niño y la bibliografía médica, la cual sugiere iniciar la ablactación entre los cuatro a seis meses de vida con alimentos ricos en nutrientes preparados de hidrolizados a base de arroz, maíz, soya, frutas, verduras y caldos, que en este caso se puede atribuir a la falta de capacitación y recursos económicos y geográficos para adquirir alimentos.

327. En lo que respecta a la vacunación, la *Norma Oficial Mexicana NOM-036-SSA2-2012, Prevención y control de enfermedades*. Aplicación de vacunas, toxoides, faboterápicos (sueros) e inmunoglobulinas en el humano establece que las enfermedades prevenibles por vacunación son graves problemas de salud pública y pueden causar altas tasas de mortalidad en México, para mejorar los actuales niveles de salud de la población mexicana, mediante la prevención de las enfermedades que pueden evitarse con la administración de vacunas.

328. El esquema básico de vacunación debe completarse en los niños a los 12 meses de edad; cuando esto no sea posible, se ampliará el periodo de vacunación, hasta los 4 años con 11 meses de edad, de manera universal a la población para fortalecer la salud pública, con el propósito asegurar la protección

de toda la población susceptible, así como de los grupos de riesgo en el país, lo cual en este caso no se ha cumplido de forma adecuada y oportuna, por parte del personal médico responsable en otorgar atención médica preventiva a la comunidad, ya que incluso algunos no cuenta con cartilla de vacunación, no ha recibido ninguna vacuna y el resto de la población cuenta con un esquema de vacunación incompleto.

329. Por otra parte, sobre sus hábitos de higiene, de acuerdo con lo manifestado por las madres de familia, descrito en cada una de las historias clínicas pediátricas, no existen medidas de prevención eficientes para evitar la desnutrición, enfermedades respiratorias y diarreicas agudas, que incrementan la morbilidad y mortalidad de la población infantil, entre ellas cabe destacar que la comunidad no cuenta con luz eléctrica, en este caso útil para conservar alimentos perecederos, agua potable, drenaje, eliminación adecuada de excretas y basura, ni educación sobre medidas de higiene personal.

330. Este Organismo Nacional advirtió que las autoridades del Estado de Chihuahua no garantizaron los derechos humanos de la niñez, ni se privilegió su interés superior, pues en el presente caso se documentó el fallecimiento de 7 niñas y niños a causa de desnutrición infantil en la comunidad de Choréachi entre 2019 y 2020, además de que las autoridades no acreditaron que hayan realizado las acciones eficaces, culturalmente adecuadas y teniendo en el centro de atención a las niñas y los niños de la comunidad, siendo omisos en el registro, control y seguimiento de la condición de desnutrición de la niñez indígena, así como disminuir la situación de mortalidad de la comunidad, que persiste en la actualidad, de la cual ya tenían conocimiento.

331. Por lo anterior, las autoridades del estado de Chihuahua incumplieron lo previsto en los artículos 4° de la Constitución, 3° de la Convención sobre los Derechos del Niño, así como 1.1 y 19 de la Convención Americana.

E. RESPONSABILIDAD INSTITUCIONAL

332. Conforme al párrafo tercero del artículo 1° Constitucional, *“todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley.”* Las cuatro obligaciones reconocidas en el artículo citado, también se establecen en los distintos tratados y convenciones en materia de derechos humanos suscritos por el Estado mexicano.

333. Cuando el Estado incumple con esas obligaciones, faltando al poder que le fue conferido por el pueblo y su encomienda para salvaguardar sus derechos humanos, en agravio de quienes integran su sociedad, es inevitable que se genere una responsabilidad de las instituciones que lo conforman, independientemente de aquella que corresponda de manera individual a las personas servidoras públicas, a quienes les concierne de manera inmediata realizar las acciones concretas para hacer valer esos derechos.

334. En la presente Recomendación ha quedado expuesta la responsabilidad institucional del Gobierno del Estado de Chihuahua y del Municipio de Guadalupe y Calvo, particularmente, de distintas autoridades estatales y municipales del Estado de Chihuahua, por la violación de los derechos a la salud, a la vida y al interés superior de la niñez de V1, V2, V3, V4, V5, V6 y V7, así como de manera

colectiva a los derechos a la alimentación adecuada, a la salud, a la educación y a un nivel de vida adecuado, de la comunidad indígena de Choréachi.

335. Este Organismo Nacional advierte con preocupación que el Gobierno del Estado de Chihuahua, y del Ayuntamiento del Municipio de Guadalupe y Calvo, y en especial las instancias encargadas de la salud en esa entidad federativa y en ese municipio, incurrieron en responsabilidad institucional, toda vez que ante una problemática tan compleja como es la inseguridad alimentaria y la desnutrición infantil en el contexto de una comunidad con altos niveles de marginación y pobreza, omitieron cumplir de manera apropiada sus atribuciones, y adoptar las medidas que eran necesarias para garantizar, proteger y respetar los derechos humanos de una población que se encuentra en una particular situación de múltiple vulnerabilidad.

336. Para poder determinar que existe una responsabilidad institucional este Organismo Nacional examinó lo siguiente: 1) Debe haber una obligación válida, existente y jurídicamente vinculante entre una institución del Estado y las víctimas, en el bloque constitucional y/o convencional; 2) Existencia de un acto u omisión contrario a esa obligación; y 3) se requiere que se haya causado un daño material o inmaterial a una persona o un grupo de personas con motivo de ese acto u omisión.

337. En cuanto al primer punto, como ya se desarrolló en los capítulos anteriores, existían antes de los hechos, una serie de normas constitucionales y convencionales que establecen las obligaciones de las instituciones del Estado de Chihuahua, y del municipio de Guadalupe y Calvo, sobre la garantía y protección de los derechos humanos a la salud, a la vida y al interés superior de la niñez, de V1, V2, V3, V4, V5, V6 y V7, así como de manera colectiva a la

salud, a la alimentación adecuada, y a un nivel de vida adecuado de la población que habita en la comunidad indígena de Choréachi.

338. En cuanto al segundo punto, de la investigación realizada por esta CNDH, se advierten diferentes situaciones que dan sustento a la responsabilidad institucional por parte de las dependencias estatales y municipales mencionadas anteriormente, entre las cuales resaltan las siguientes:

- ❖ Omisión de garantizar el derecho a la vida, la salud y el interés superior de la niñez de V1, V2, V3, V4, V5, V6 y V7, pues aquéllas sufrieron de manera injustificada las consecuencias de la falta de accesibilidad en materia de atención médica y la inadecuada prevención, atención, curación y rehabilitación de su salud, con motivo del grado de desnutrición en el que se encontraban.
- ❖ Omisión de proteger a las víctimas, la falta de accesibilidad en materia de atención médica y la inadecuada prevención, detección, curación y rehabilitación de la salud infantil de la población, con el fin de minimizar los efectos esperados de la desnutrición y favorecer la calidad de vida individual y colectiva de la comunidad.
- ❖ Omisión de las autoridades de implementar alguna política pública o programa social con la finalidad de garantizar el derecho de las personas de la comunidad de Choréachi, a los recursos productivos y/o de los ingresos suficientes para poder alimentarse de manera adecuada, para acceder al trabajo y a la educación.

339. El tercer punto se acredita, pues las víctimas de manera colectiva desde el año 2016, momento en que se detectaron fallecimientos de menores de edad por desnutrición, se mantienen en la misma situación de vulnerabilidad múltiple,

por lo cual se siguen perpetrando las violaciones a sus derechos humanos descritos en la presente Recomendación, sin que las autoridades del Estado de Chihuahua garanticen sus derechos humanos.

340. Las autoridades debieron realizar las acciones efectivas para que cesaran las causas que generaron la alta tasa de mortalidad de niñas y niños en la comunidad indígena Rarámuri de Choréachi, por desnutrición. En este caso, era necesario que las autoridades municipales y estatales realizaran un plan específico de atención a la niñez de la comunidad de Choréachi, con la participación de la comunidad por medio de un diálogo intercultural, para la prevención, atención, curación y rehabilitación de su estado de desnutrición, garantizando sus derechos a la alimentación adecuada, salud y nivel de vida adecuados.

341. Por lo anterior, conforme a sus atribuciones corresponde a este Organismo Nacional, una vez acreditadas violaciones a derechos humanos de las víctimas que integran el presente caso, emitir la presente Recomendación con la finalidad de que se hagan los cambios estructurales, organizacionales, de coordinación y cooperación, para identificar la magnitud del fenómeno y situación de las personas en situación de múltiple vulnerabilidad de la comunidad, como son las mujeres, las niñas, niños y adolescentes, las personas adultas mayores, e indígenas de esa población.

342. Sobre el particular es necesario precisar que en la investigación del caso de V1, V2, V3, V4, V5, V6 y V7, niñas y niños que fallecieron por desnutrición infantil, se acreditó la vulneración a su derecho humano a la vida, por lo que para que se pueda reparar de manera integral el daño ocasionado, se deberá de realizar la individualización de las víctimas indirectas de estas, entendiéndose que las víctimas indirectas son las personas cercanas o familiares de las víctimas

directas, por lo que, para hacer efectiva una adecuada reparación integral del daño, se deberá de identificar a todas las víctimas indirectas de V1 a V7, de acuerdo con el artículo 4º de la Ley General de Víctimas; así como 4º de su Reglamento y las disposiciones administrativas que correspondan, debiendo comprobarse tal condición ante la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas del Estado de Chihuahua.

F. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO Y FORMAS DE DAR CUMPLIMIENTO

343. Una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación integral del daño, derivado de la responsabilidad profesional e institucional por violaciones a derechos humanos, consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente, y otra vía es el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1º, párrafo tercero, 108 y 109 de la Constitución Mexicana; 44, párrafo segundo de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y 65, inciso c) de la Ley General de Víctimas; así como 1º y 6º de la LVCH, que prevén la posibilidad de que, al acreditarse una violación a los derechos humanos, atribuible a personas servidoras públicas del Estado, la Recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan, para lograr la efectiva restitución de las personas afectadas en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación de los daños y perjuicios que se hubieran ocasionado, para lo cual el Estado debe investigar, sancionar y reparar de manera integral las violaciones a los derechos humanos en los términos establecidos en la Ley.

344. En los artículos 18, 19, 20, 21, 22 y 23 de los "*Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas*

internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del derecho internacional humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones”, así como en diversos criterios de la CrIDH, se establece que, para garantizar a las víctimas la reparación integral del daño ocasionado, proporcional a la gravedad de la violación y a las circunstancias de cada caso, es necesario cumplir los principios de restitución, indemnización, rehabilitación, compensación, satisfacción y garantías de no repetición, obligación de investigar los hechos, así como identificar, localizar, detener, juzgar y en su caso, sancionar a las personas responsables.

345. En el Caso Espinoza González vs. Perú, la CrIDH resolvió que, *“toda violación de una obligación internacional que haya producido daño comporta el deber de repararlo adecuadamente”,* además precisó que *“las reparaciones deben tener un nexo causal con los hechos del caso, las violaciones declaradas, los daños acreditados, así como las medidas solicitadas para reparar los daños respectivos”*.⁴⁹

346. En el proceso de ejecución de las medidas de reparación es indispensable que las autoridades apliquen un enfoque diferenciado señalado en los artículos 6º, de la LVCH, así como el artículo 5 y Títulos Segundo al Quinto de la Ley General de víctimas, teniendo en cuenta que la condición de ser una comunidad indígena con alto grado de marginación y de pobreza, es una situación de especial vulnerabilidad que agrava las situaciones de desventaja preexistentes al interior de la población, quienes son mujeres, niñas, niños y/o adolescentes y personas adultas mayores que se encuentran en un contexto de discriminación histórica y de abandono institucional.

⁴⁹ CrIDH. Caso Espinoza González vs. Perú. Excepciones, Preliminares, Fondos, Reparaciones y Costas Sentencia de 20 de noviembre de 2014, párrafos 300 y 301.

347. Las medidas de reparación integral habrán de tener un enfoque principal en la consecución de garantías de no repetición y medidas de restitución, especialmente, si se trata de acciones para disminuir las brechas de desigualdad, discriminación estructural por motivos étnicos, raciales o de género preexistentes.

Reparación colectiva

348. Además, al tratarse de personas indígenas, este Organismo Nacional, con base en los diversos instrumentos normativos sobre derechos de los pueblos y comunidades indígenas indicados en el texto de la presente Recomendación, hace patente a las autoridades a las que se dirige que, para efecto de lograr una efectiva reparación integral del daño tanto a las víctimas señaladas en el presente instrumento recomendatorio como a la población indígena de la comunidad indígena de Choréachi, deberán de observar durante la implementación de cada una de ellas, al menos, lo siguiente:

- a) La asignación de personas intérpretes y/o traductoras lingüísticas que les asistan.
- b) Informar, consultar planear y desarrollarán en coordinación con la comunidad, en su lengua, de acuerdo a su sistema médico tradicional y formas de organización social, económica, cultural y política las acciones a implementar.
- c) Asesoría jurídica respecto del alcance de las medidas a desarrollar.

349. Es necesario precisar que, para el cumplimiento de los puntos recomendatorios, el Gobierno Estatal de Chihuahua y del Municipio de Guadalupe y Calvo, deberán de realizar todas las acciones necesarias de manera coordinada e interinstitucional, solicitando incluso la colaboración a otras

autoridades que en el ámbito de sus competencias puedan auxiliar en la atención de la problemática, incluida la asignación del presupuesto necesario para tal fin.

350. De conformidad con los artículos 1º de la LVCH, se deberá reparar el daño integralmente a la comunidad indígena Rarámuri de Choréachi, por las violaciones a derechos humanos cometidas en su agravio y que han quedado precisadas en la presente Recomendación, en los siguientes términos:

351. La reparación colectiva, de conformidad con el artículo 27, fracción VI de la LGV, se entenderá como un derecho del que son titulares los grupos, comunidades u organizaciones sociales que hayan sido afectadas por la violación de los derechos individuales de los miembros de los colectivos, o cuando el daño comporte un impacto colectivo. La restitución de los derechos afectados, y otras medidas de reparación, estarán orientadas a la reconstrucción del tejido social y cultural colectivo que reconozca la afectación en la capacidad institucional de garantizar el goce, la protección y la promoción de los derechos en las comunidades, grupos y pueblos afectados.

352. Ante la situación que guarda el contexto multifactorial de vulnerabilidad de las víctimas y las múltiples violaciones a sus derechos humanos de manera colectiva, este Organismo Nacional considera que para poder acreditar la reparación integral colectiva del daño, las autoridades responsables deberán de elaborar un Plan multidisciplinario integral y de reparaciones colectivas, el cual debe de realizarse por un equipo multidisciplinario (de cuando menos personal médico, psicológico, de trabajo social y jurídico) y construirse de manera interinstitucional, con una perspectiva de género y un enfoque de interseccionalidad, mismo que se debe realizar con la participación de la comunidad Choréachi, a través de un diálogo intercultural, con la participación de personas intérpretes y/ o traductoras lingüísticas, de acuerdo a su sistema

médico tradicional y formas de organización social, económica, cultural y política, que cumpla con los requisitos de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.

353. El señalado Plan deberá de erigirse sobre el restablecimiento de las condiciones mínimas que aseguren un nivel de vida adecuado de la comunidad de Choréachi, la reparación en materia de acceso colectivo a la salud, a la seguridad alimentaria, a la educación, el fortalecimiento de la identidad cultural de la comunidad y su desarrollo de acuerdo con sus aspiraciones con base en su organización, que garantice el servicio y la infraestructura necesaria de forma oportuna, permanente y constante; que a su vez, tome en cuenta las características socioculturales y el ámbito geográfico de la comunidad.

354. Para ello, las autoridades responsables, en un plazo de seis meses, deberán realizar a) un censo actualizado para conocer cuántas niñas y niños viven en la comunidad, así como un diagnóstico sobre el estado de salud nutricional en el que se encuentran, y b) un diagnóstico sobre las necesidades en materia de acceso colectivo a la salud, a la seguridad alimentaria, a la educación, el fortalecimiento de la identidad cultural de la comunidad Choréachi y su desarrollo. Lo anterior, con la finalidad de poder generar una adecuada planeación de los recursos tanto materiales como humanos indispensables respecto a las medidas que de manera individual y colaborativamente se implementaran en favor de las víctimas.

355. Una vez realizado el censo y el diagnóstico respectivo, el diseño del Plan deberá de estar focalizado principalmente en garantizar por medio de acciones efectivas y eficaces conforme a las siguientes consideraciones:

- a) Referente al derecho humano de acceso a la salud, se deberá garantizar la atención médica adecuada y suficiente de la población infantil que padece de

desnutrición en la comunidad de Choréachi, con el objetivo de reducir las estadísticas de mortalidad de este grupo, mediante la vigilancia del crecimiento y desarrollo de las niñas y niños menores de cinco años, así como la prevención y control de enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias agudas, vacunación y control de la nutrición.

- b) En cuanto al fortalecimiento de la cultura comunitaria de la Comunidad de Choréachi, se deberá: a) analizar la posibilidad de implementar la figura de las personas promotoras indígenas comunitarias de la salud, mediante su capacitación y remuneración correspondiente, erigiéndose como un vínculo entre las autoridades en materia de salud (sin que las sustituyan) y la comunidad; y b) fomentar la promoción de su uso y difusión de la medicina tradicional para el mantenimiento de la salud familiar y comunitaria.
- c) Respecto a la alimentación adecuada, dentro del Plan se deberán de establecer medidas para garantizar las condiciones para que la comunidad de Choréachi, pueda acceder y disponer de los recursos productivos necesarios para poder alimentarse de manera nutritiva y culturalmente adecuada, de manera sostenible.
- d) En materia educativa, y con base en el diagnóstico respectivo, se deberán tomar las medidas necesarias para combatir el analfabetismo, tomando en cuenta la participación de la comunidad con un enfoque intercultural y lingüístico, analizando la viabilidad de que: a) en caso de existir una escuela o centro educativo comunitario, se dote de los recursos materiales y humanos necesarios para su integro funcionamiento, así como brindar las facilidades para que la comunidad tenga acceso al mismo; y b) en caso de no existir una escuela o centro educativo comunitario se deberán implementar las acciones necesarias

con las autoridades competentes para su construcción y adecuado funcionamiento.

- e) Finalmente, para lograr el desarrollo de la comunidad Choréachi, y con base en el diagnóstico, deberán realizarse las acciones necesarias para garantizar un nivel de vida adecuado y que les permitan vivir en condiciones de dignidad

356. Por lo anterior, se deberán remitir evidencias en las que se incluyan los estudios de diagnóstico, la metodología, los objetivos, el cronograma de elaboración del plan multidisciplinario integral y de reparaciones colectivas; así como las pruebas sobre el seguimiento e implementación de los mismos. El punto recomendatorio tercero y cuarto se tendrán por cumplidos una vez que se realice una evaluación integral de la elaboración, implementación y seguimiento del plan y programa señalado.

I. Medidas de Restitución

357. En términos del artículo 27, fracción I, de la Ley General de Víctimas, las medidas de restitución buscan devolver a las víctimas a la situación anterior a la comisión del delito o a la violación de sus derechos humanos.

358. En tal sentido, las autoridades responsables de manera coordinada con los sistemas DIF estatal y municipal, en colaboración con los sistemas locales de salud, y acorde con el Plan multidisciplinario integral y de reparaciones colectivas deberán realizar las gestiones administrativas correspondientes para que se dote al Centro de Salud de la Comunidad de Choréachi, de los instrumentos, equipo, medicamentos, infraestructura y personal médico que garantice los estándares de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad en los servicios de salud que brinde, garantizando las medidas de atención médica digna, en especial a

la niñez, a las mujeres y a las personas adultas mayores. Lo anterior para dar cumplimiento al punto quinto recomendatorio.

II. Medidas de Rehabilitación

359. De acuerdo con el artículo 21 de los Principios y Directrices, instrumento antes referido, la rehabilitación incluye *“la atención médica y psicológica, así como servicios jurídicos y sociales”*, éstas buscan facilitar a las víctimas hacer frente a los efectos sufridos por causa de las violaciones de derechos humanos cometidas en su agravio.

360. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 27, fracción II, 62 fracción y 63 de la Ley General de Víctimas; y como consecuencia de los hechos materia de la presente Recomendación, las autoridades responsables deberán proporcionar atención médica, psicológica y tanatológica, a las víctimas indirectas de V1, V2, V3, V4, V5, V6 y V7, en caso de que requieran la misma, que deberá ser proporcionada por personal profesional especializado (que así lo acredite mediante títulos, diplomas o demás constancias con valor curricular), la cual, se prestará atendiendo a su edad y sus especificidades de género, y de manera continua durante el tiempo que duren los procedimientos en los cuales tengan competencia para la defensa de los derechos de las víctimas.

361. Esta Atención deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata, en un lugar accesible para las víctimas, con pertinencia cultural, con la asistencia de una persona interprete o traductora, con su consentimiento, ofreciendo información previa, clara y suficiente y aplicado en todo momento un enfoque diferencial y especializado. Los tratamientos deben ser provistos por el tiempo que sea necesario e incluir la provisión de medicamentos, en caso de ser requeridos.

362. Lo anterior, con el objeto de dar cumplimiento al punto recomendatorio segundo.

III. Medidas de Compensación

363. Las medidas de compensación, dispuestas por los artículos 27, fracción III, y 64 al 72, de la Ley General de Víctimas, consisten en reparar el daño causado, sea material o inmaterial. El daño inmaterial, como lo determinó la CrIDH, comprende: *“tanto los sufrimientos y las aflicciones causados a la víctima directa y a sus allegados, el menoscabo de valores muy significativos para las personas, así como las alteraciones, de carácter no pecuniario, en las condiciones de existencia de la víctima o su familia”*⁵⁰.

364. La compensación debe otorgarse de forma apropiada y proporcional a la gravedad de la violación de derechos humanos sufrida por las víctimas, teniendo en cuenta las circunstancias de cada caso. Ésta incluye los perjuicios, sufrimientos y pérdidas económicamente evaluables que sean consecuencia de la violación de derechos humanos, como: el daño moral, el lucro cesante, la pérdida de oportunidades, los daños patrimoniales, tratamientos médicos o terapéuticos y demás gastos que hayan provenido de los hechos violatorios de derechos humanos.

365. Para tal efecto la Gobernadora del Estado de Chihuahua y el Presidente Municipal de Guadalupe y Calvo, deberán de colaborar en el trámite ante la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas del Estado de Chihuahua, para la inscripción en el Registro Estatal de Víctimas de las víctimas indirectas de V1, V2, V3, V4, V5, V6 y V7, a través de la noticia de hechos que se realice a esa Comisión Ejecutiva con la presente Recomendación, y que esté acompañada de

⁵⁰ Caso Bulacio vs Argentina, Sentencia de 18 de septiembre de 2003 (Fondo, Reparaciones y Costas), párrafo 90.

los Formatos Únicos de Declaración, y una vez que ésta emita el dictamen correspondiente conforme a las violaciones de derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumento recomendatorio, proceda a la inmediata reparación integral del daño, que incluya la medida de compensación, en términos de la LGV y la LVCH, para lo cual esta Comisión Nacional remitirá copia de la presente Recomendación a dicha Comisión Ejecutiva, con la finalidad de que proceda conforme a sus atribuciones; hecho lo anterior, se envíen a este Organismo Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento. Lo anterior, para dar cumplimiento al punto recomendatorio primero.

IV. Medidas de no repetición

366. De conformidad con los artículos 74 fracciones VII y IX, y 27 fracción V de la LGV, las medidas de no repetición buscan que el hecho punible o la violación de derechos sufrida por la víctima no vuelva a ocurrir.

367. Las autoridades recomendadas de manera individual deberán de implementar en el plazo de seis meses, después de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos a personal de las direcciones, áreas y unidades de la Secretaría de Salud y del Municipio de Guadalupe y Calvo, que con motivo de sus atribuciones corresponda la atención de la comunidad de Choréachi, Chihuahua, sobre los derechos humanos de acceso a la salud, a la vida, a un nivel de vida adecuado, a la educación, a la alimentación adecuada, y el interés superior de la niñez, que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad; así como la debida observancia y contenido de las Normas Oficiales Mexicanas y la Guía de Práctica Clínica, citadas en esta Recomendación; con la finalidad de identificar, prevenir, curar y rehabilitar la

desnutrición infantil, así como los estándares en materia de derechos humanos estudiados en la presente Recomendación.

368. Los cursos de capacitación serán impartidos por personal calificado, especializado y con experiencia demostrada en materia de derechos humanos, con la finalidad de sensibilizar al personal que los reciba. También, se deberá mencionar en cada curso, que el mismo se imparte en cumplimiento de la presente Recomendación.

369. Por lo anterior, se deberán remitir evidencias en las que se incluyan los programas, objetivos, currículos de las personas facilitadoras, lista de asistencia, videos y constancias. Debiendo estar disponibles de forma electrónica y en línea para que pueda ser consultado con facilidad.

370. En consecuencia, esta Comisión Nacional de los Derechos Humanos formula a ustedes, respetuosamente las siguientes:

G. RECOMENDACIONES

A ustedes, Gobernadora Constitucional del Estado de Chihuahua y Presidente Municipal de Guadalupe y Calvo, de manera conjunta:

PRIMERA. Colaboren en el trámite ante la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas del Estado de Chihuahua, para la inscripción en el Registro Estatal de Víctimas de las víctimas indirectas de V1, V2, V3, V4, V5, V6 y V7, a través de la noticia de hechos que se realice a esa Comisión Ejecutiva con la presente Recomendación, y que esté acompañada de los Formatos Únicos de Declaración, y una vez que ésta emita el dictamen correspondiente conforme a las violaciones de derechos humanos descritas y acreditadas en el presente instrumento recomendatorio, proceda a la inmediata reparación integral del daño a las víctimas indirectas de V1, V2, V3, V4, V5, V6 y V7, que incluya la medida

de compensación, en términos de la LGV y LVCH, y se envíen a esta Comisión Nacional las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Se proporcione atención médica, psicológica y tanatológica, a las víctimas indirectas de V1, V2, V3, V4, V5, V6 y V7, en caso de que requieran la misma, que deberá ser proporcionada por personal profesional especializado (que así lo acredite mediante títulos, diplomas o demás constancias con valor curricular), la cual, se prestará atendiendo a su edad, sus especificidades culturales y de género, de manera continua durante el tiempo que duren los procedimientos, en los cuales tengan competencia para la defensa de los derechos de las víctimas; así como proveerles de los medicamentos convenientes a cada una de sus situaciones, en caso de requerirlos. La atención, deberá brindarse gratuitamente, de forma inmediata y en un lugar accesible, con su consentimiento; hecho lo anterior, se envíen a este Organismo Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

TERCERA. Realicen en seis meses, posteriores a la aceptación de la presente Recomendación: a) un censo actualizado para conocer cuántas niñas y niños viven en la comunidad, así como un diagnóstico sobre el estado de salud nutricional en el que se encuentran, y b) un diagnóstico sobre las necesidades en materia de acceso colectivo a la salud, a la seguridad alimentaria, a la educación, el fortalecimiento de la identidad cultural de la comunidad Choréachi y su desarrollo, remitiendo a este Organismo Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

CUARTA. Una vez se obtengan los datos del censo, de manera coordinada diseñen, implementen, evalúen y den seguimiento a un Plan multidisciplinario integral y de reparaciones colectivas, en materia de acceso colectivo a la salud, a la seguridad alimentaria, a la educación, el fortalecimiento de la identidad

cultural de la comunidad y su desarrollo de nivel de vida adecuado, tomando en cuenta los términos precisados en el apartado de medidas de Reparación Colectiva de la presente Recomendación para la comunidad de Choréachi, remitiendo a este Organismo Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

QUINTA. De manera coordinada con los sistemas DIF estatal y municipal, en colaboración con los sistemas locales de salud, y acorde con el Plan multidisciplinario integral y de reparaciones colectivas, deberán realizar las gestiones administrativas correspondientes para que se dote al Centro de Salud de la Comunidad de Choréachi, de los instrumentos, equipo, medicamentos, infraestructura y personal médico que garantice los estándares de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad en los servicios de salud que brinde, garantizando las medidas de atención médica digna, en especial a la niñez, a las mujeres y a las personas adultas mayores; remitiendo a este Organismo Nacional las constancias que acrediten su cumplimiento.

SEXTA. De manera individual elaboren e implementen en el plazo de seis meses, después de la aceptación de la presente Recomendación, un curso integral sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos a personal de las direcciones, áreas y unidades de la Secretaría de Salud y del Municipio de Guadalupe y Calvo, que con motivo de sus atribuciones corresponda la atención de la comunidad de Choréachi, Chihuahua, sobre los derechos humanos de acceso a la salud, a la vida, a un nivel de vida adecuado, a la educación, a la alimentación adecuada, y el interés superior de la niñez, que considere los principios de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad; así como la debida observancia y contenido de las Normas Oficiales Mexicanas y la Guía de Práctica Clínica, citadas en esta Recomendación; con la finalidad de identificar, prevenir, curar y rehabilitar la desnutrición infantil, así como los

estándares en materia de derechos humanos estudiados en la presente Recomendación, el cual deberá ser efectivo para prevenir hechos similares a los del presente caso. Los cursos deberán impartirse por personal que acredite estar calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos; en las que se incluya los programas, objetivos, currículos de las personas facilitadoras, lista de asistencia, videos y constancias. Hecho lo anterior, se envíen a este Organismo Nacional las pruebas que acrediten su cumplimiento.

SÉPTIMA. Se designe a la persona servidora pública 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 sustituida, deberá notificarse oportunamente a este Organismo Nacional.

371. Para efecto del cumplimiento de los puntos recomendatorios anteriores, las autoridades responsables deberán de garantizar el otorgamiento de personas intérpretes y/o traductoras lingüísticas a las víctimas; así como informarles previamente y consultarles en todo momento sobre las acciones a implementar, bajo los principios de perspectiva de género, pertinencia cultural y el asesoramiento a las víctimas.

372. 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 personas servidoras públicas en el ejercicio de las facultades que expresamente les confiere la ley, como de obtener, en términos de lo que establece el artículo 1º, párrafo tercero, constitucional, la investigación que proceda por parte de las dependencias administrativas 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.

373. De conformidad con el artículo 46, segundo párrafo, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y 136 de su Reglamento Interno, 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.

374. 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.

375. Cuando las Recomendaciones no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o personas servidoras públicas, con fundamento en los artículos 102, apartado B, párrafo segundo de la Constitución Mexicana, 15, fracción X y 46 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, la autoridad o persona servidora pública de que se trate, deberá fundar, motivar y hacer pública su negativa. Asimismo, la Comisión Nacional, solicitará al Senado de la República o en sus recesos a la Comisión Permanente de esa Soberanía, o a las legislaturas de las entidades federativas, según corresponda, requieran su comparecencia, a efecto de que expliquen el motivo de su negativa.

PRESIDENTA

MTRA. MA. DEL ROSARIO PIEDRA IBARRA

ALP