

RECOMENDACIÓN 9/2024



SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES AL DERECHO A LA SALUD, LA INTEGRIDAD PERSONAL CON RELACIÓN AL DERECHO A VIVIR UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN AGRAVIO DE V, QUE TUVO COMO CONSECUENCIA EL FALLECIMIENTO DE SU HIJO ANTES DEL NACIMIENTO, ATRIBUIBLE A PERSONAL DEL HOSPITAL GENERAL DE TIJUANA, BAJA CALIFORNIA

Tijuana, Baja California a 19 de noviembre de 2024

"2024, Año de los Pueblos Yumanos, Pueblos Originarios y de las Personas Afromexicanas"

JOSÉ ADRIÁN MEDINA AMARILLAS
SECRETARIO DE SALUD DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA

 **ISESALUD**
INSTITUTO DE SERVICIOS DE SALUD
PÚBLICA DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA
25 NOV 2024 de 12:18
RECIBIDO
DIRECCIÓN GENERAL

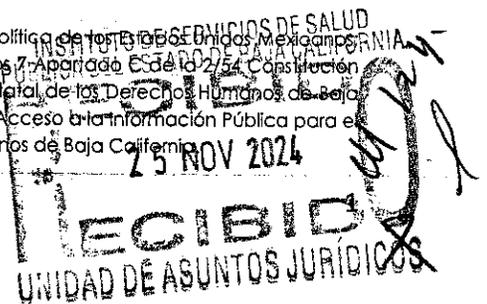
MTRA. MA. ELENA ANDRADE RAMÍREZ
FISCAL GENERAL DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA

1. La Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Baja California ha examinado los elementos contenidos en el expediente de Queja **CEDHBC/TIJ/Q/804/2017/VG** relacionado con el caso de violaciones al derecho a la salud, la integridad personal con relación al derecho a vivir una vida libre de violencia obstétrica por la inadecuada atención médica en agravio de **V**, que tuvo como consecuencia el fallecimiento de su hijo antes del nacimiento, atribuible a personal del Hospital General de Tijuana.

2. Con el propósito de proteger los datos personales de las personas involucradas en los hechos, se omitirá su publicidad¹. La información se pondrá en conocimiento de las autoridades recomendadas a través de un listado adjunto en el que se describen las claves utilizadas, con el compromiso de que se dicten las medidas de protección de los datos correspondientes.

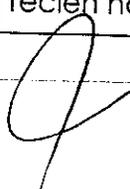
¹ De conformidad con lo dispuesto en los artículos, 6 Apartado A fracción II de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 116 de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública; así como los artículos 7 Apartado C de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Baja California; 5 fracción V de la Ley de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Baja California; 15 fracción VI, 16 fracción VI, 80 y 110 fracciones IV y XII de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública para el Estado de Baja California; 5 del Reglamento Interno de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Baja California.

Handwritten signature

 **RECIBIDO**
UNIDAD DE ASUNTOS JURÍDICOS
25 NOV 2024

3. Para facilitar la lectura en la presente Recomendación se aludirá a las diversas instituciones, dependencias y leyes con acrónimos o abreviaturas, las cuales podrán identificarse de la siguiente manera:

Institución	Abreviatura
Hospital General de Tijuana	HGT, nosocomio
Centro de Salud Mesa de Otay, módulo 4	Centro de salud
Fiscalía General del Estado de Baja California	FGE, Fiscalía
Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Baja California	CEDHBC, Comisión Estatal, Organismo Estatal u Organismo Autónomo
Suprema Corte de Justicia de la Nación	SCJN
Organización Mundial de la Salud	OMS
Corte Interamericana de Derechos Humanos	Corte IDH
Convención Americana Sobre Derechos Humanos	CADH
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	CPEUM
Norma Oficial Mexicana 004-SSA3-2012 "Del Expediente Clínico"	NOM-004-SSA3-2012
Norma Oficial Mexicana 004-SSA2-2016 "Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida"	NOM-007-SSA2-2016

dr




4. De igual manera, se presenta el siguiente cuadro con el significado de las claves utilizadas en la presente Recomendación:

Clave	Definición
V	Víctima
SP	Servidor público
AR	Autoridad Responsable

I. COMPETENCIA DE LA COMISIÓN ESTATAL DE LOS DERECHOS HUMANOS PARA LA INVESTIGACIÓN DE LOS HECHOS.

5. Los mecanismos *ombudsperson* como esta Comisión Estatal, al investigar y resolver Quejas, actúan como garantías cuasi-jurisdiccionales de los derechos humanos. Su competencia se encuentra regulada en el artículo 102; apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en el artículo 7 apartado B de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Baja California. Así, este organismo público forma parte del conjunto institucional de promoción y protección de los derechos humanos en Baja California.

6. Con fundamento en lo establecido en los artículos 1, párrafos primero, segundo y tercero; 102 Apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 7 Apartado B de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Baja California; 1 y 2 párrafo primero, 3, 5 y 7 fracciones I, II, IV y VIII, 26, 28, 35, 43, 45 y 47 de la Ley de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Baja California; 1 y 9 párrafo primero, 119 párrafo segundo, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127 y 128 del Reglamento Interno de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Baja California, así como en la resolución A/RES/48/134 de la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, de 20 de diciembre de 1993², este Organismo tiene competencia:

² ONU, "Principios relativos al estatuto y funcionamiento de las instituciones nacionales de protección y promoción de los derechos humanos (Principios de París)", resolución A/RES/48/134, 20 de diciembre de 1993, apartado A, punto 3, inciso b, que establece como responsabilidad de los organismos nacionales de protección de derechos humanos, la promoción y defensa de los derechos de las personas. Disponible en: <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/principles-relating-status-national-institutions-paris>

7. En razón de la materia, al considerar que los hechos denunciados se calificaron como presuntas violaciones al derecho a la salud, a vivir una vida libre de violencia obstétrica y a la integridad personal.
8. En razón de la persona, ya que los hechos denunciados se atribuyen a autoridades y servidores públicos adscritos a la Secretaría de Salud del Estado de Baja California.
9. En razón del lugar, porque los hechos ocurrieron en el territorio del Estado de Baja California.
10. En razón de tiempo, en virtud de que la Queja se interpuso en tiempo y forma dentro del plazo señalado en el artículo 27 de la Ley de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Baja California, en concordancia con el artículo 83 del Reglamento Interno de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Baja California, tiempo en el que este Organismo Estatal tiene competencia para conocer la Queja e iniciar la investigación que concluye con la emisión de la presente Recomendación 9/2024 y cuyas afectaciones a los derechos humanos de la **V** continúan sin ser reparadas.

II. HECHOS

11. El 16 de noviembre de 2016, la **V**, quien tenía 19 años, acudió a las instalaciones del Centro de Salud ubicado en la Mesa de Otay, módulo 4, en la ciudad de Tijuana, para iniciar su control prenatal, de acuerdo con la médica que la atendió (**SP1**), tenía un embarazo de trece semanas de gestación³. En la consulta hizo una revisión de los estudios de laboratorio para conocer el estado de salud de la **V**, advirtiéndole una infección en las vías urinarias, por lo que prescribió el tratamiento correspondiente.

³ Embarazo. Parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del concepto en el endometrio y termina con el nacimiento. NOM-007-SSA2-2016, 3.15 para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida.

12. La **V** acudió nuevamente a consulta médica en el centro de salud, el 5 de diciembre de 2016 y el 5 de enero de 2017, en esas fechas se le informó que el control prenatal estaría a cargo de **SP2** y se realizó revisión ordinaria.

13. El 21 de febrero de 2017, acudió nuevamente a consulta rutinaria de control prenatal donde fue atendida por **SP2**, quien a través del ultrasonido determinó que la **V** tenía un embarazo de 32.6 semanas de gestación con feto único vivo intrauterino, ecográficamente normal, además, describió: "placenta⁴ corporal posterior con grado II de maduración con circular simple de cordón en cuello y fecha probable de parto 1 de abril del 2017".

14. La siguiente consulta médica fue el 3 de marzo de 2017, **SP2** observó que la **V** presentaba hinchazón en los pies, manos y una mala visión, con una presión arterial de 132/112, no obstante, le comentó que se trataba de síntomas relacionados con la retención de líquidos, siendo esto normal durante el embarazo. Sin embargo, cinco días después, el 8 de marzo de 2017, **SP2**, al realizar la valoración médica en seguimiento al control prenatal de la **V**, determinó que debía ser atendida en el servicio de ginecología del Hospital General de Tijuana por persistir la sintomatología.

15. Por ello, el 16 de marzo de 2017, la **V** fue atendida por el médico **AR1** en el Hospital General de Tijuana, quien al revisar el ultrasonido determinó que la **V** tenía un embarazo de 37.6 semanas de gestación, con un peso aproximado de 3.314 kilogramos; cordón umbilical con simple cordón de cuello y fecha probable de parto el 30 de marzo de 2017.

16. A pesar de que la **V** continuaba con sus pies y manos hinchadas, **AR1** le manifestó que era normal, **por lo que no realizó una revisión general de signos vitales**. Además, le informó que no era necesario que acudiera a consulta médica de control prenatal, entregándole una hoja de "alarma obstétrica" para que en caso de notar alguno de los síntomas descritos se trasladara de inmediato al área de urgencias médicas del Hospital General de Tijuana.

⁴ Placenta. Anexo embrionario propio de los mamíferos placentados formada por la zona más superficial del endometrio y el corion, provee el intercambio gaseoso y nutricio entre la madre y el feto. Anatomía e Histología comparada, 2012. Sociedad Chilena de Anatomía.

17. Una semana después, el 23 de marzo de 2017, la víctima acudió al área de urgencias del nosocomio de Tijuana por presentar dolor estomacal en compañía de su esposo **VI**, sin embargo, no fue revisada por un especialista ni se le practicó ningún estudio de gabinete. El personal de guardia le informó que su dolor se derivó del consumo de alimentos con picante, entregándole una segunda hoja de "alarma obstétrica".

18. El 25 de marzo de 2017, la **V** regresó nuevamente a urgencias al sentir disminución de movimiento fetal, en esta ocasión el personal en turno del servicio de urgencias médicas del nosocomio le practicó un ultrasonido, informándole a **V** que todo se encontraba en orden. El 30 de marzo del 2017, acudió nuevamente al servicio de urgencias médicas por ser la fecha probable de parto, sin embargo, le dijeron que podía irse a su casa, ya que todavía no había indicios de inicio de parto.

19. Quince días después, regresó al servicio de urgencias médicas y fue atendida por la ginecóloga en turno (**AR2**). La médica realizó una valoración y refirió no encontrar datos de alarma, pidiéndole que regresara a su casa. Sin embargo, **V** no se sentía cómoda y notaba disminución de movimiento fetal, por lo que acudió el 16 de abril de 2017, a las 21:00 horas, al servicio de urgencias del HGT, en esta ocasión fue atendida por **SP3**, quien advirtió falta de frecuencia cardíaca fetal, indicando que se requería de un estudio denominado ultrasonograma.

20. Al no contar en ese momento con un médico radiólogo en el nosocomio, fue canalizada al hospital Nova para que le realizaran el estudio, fue en ese momento que se diagnosticó: "óbito (muerte fetal intrauterina), de 40-41 semanas de gestación por fotometría, placenta fúndica y corporal mostrando características ecográficas de un grado III de maduración, con un peso estimado de 5,500 kilogramos".

21. La víctima ingresó al área de ginecología y obstetricia del Hospital General de Tijuana para que le fuera practicada una cesárea y extraer el producto de gestación que se encontraba ya sin signos vitales, lo cual se llevó a cabo 12 horas después, hasta el 17 de abril de 2017. Durante la espera, **V** se

inconformó con el trato recibido y el tiempo que transcurrió, destacando que no hubo un acompañamiento psicológico ni una explicación clara y detallada sobre la causa de la muerte de su hijo.

22. Ese mismo día, una vez que se realizó la cirugía, el personal del Hospital General de Tijuana elaboró el Certificado de Muerte Fetal, estableciendo como causa de la muerte "interrupción de la circulación materno fetal", sin precisar en el documento datos como: sexo, edad gestacional, peso del producto, ni apellidos de la madre. Además, en el mencionado documento se especificaba que **V** había fallecido y no su hijo.

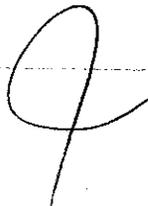
23. El 19 de abril del 2017, **V** se encontraba en el área de recuperación del nosocomio cuando **SP4** se acercó a disculparse por las omisiones del personal de guardia en la elaboración del Certificado de Muerte Fetal, además le informó que durante su embarazo tuvo diabetes gestacional, enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo, así como hipotiroidismo subclínico, situación que se estableció en la nota médica de alta de la paciente.

24. Por lo anterior, el 8 de agosto de 2017, esta Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Baja California inició investigación de los hechos al tener conocimiento de los mismos a través de la víctima, quien acudió ante las oficinas de este Organismo Estatal a interponer Queja; hechos que fueron documentados en el expediente CEDHBC/TIJ/Q/804/2017/3VG y dentro del cual se realizaron diversas diligencias para allegarse de mayores elementos de prueba, cuya valoración lógica y jurídica es objeto de análisis en el capítulo de observaciones de la presente Recomendación.

III. EVIDENCIAS

25. Escrito del 8 de agosto del 2017, presentado por **V** ante esta Comisión Estatal, por medio del cual narró los hechos, presentando Queja en contra de servidores públicos (médicos del HGT) adscritos a la Secretaría de Salud del Estado de Baja California, adjuntando, entre otras:

dr



- a. Hoja de carnet de citas del Centro de Salud, así como pruebas rápidas realizadas, derivadas del control prenatal de **V**
 - b. Hojas de resultado de ultrasonidos obstétricos de fechas 22 de noviembre del 2016, 24 de diciembre de 2016, 10 de febrero del 2017, 15 de marzo del 2017 y 16 de abril del 2017, respectivamente, realizados a **V**
 - c. Hoja de alarma obstétrica de 16 de marzo del 2017, expedida por el servicio de ginecología y obstetricia del HGT
26. Certificado de Muerte Fetal con número de folio 1710001557 de fecha 17 de abril del 2017, suscrito por **AR3**, en el que se especifica como causa de muerte interrupción de la circulación materno fetal.
27. Expediente clínico de **V** integrado en el HGT, del que destacan las siguientes constancias:
- a. Hoja de sistema de referencia de fecha 3 de marzo del 2017, elaborado por **SP2**, por medio del cual la **V** fue canalizada al HGT, refiriendo los antecedentes de alarma obstétrica
 - b. Hoja de atención médica de admisión hospitalaria al servicio de Urgencias de Ginecología y Obstetricia de las 10:46 horas del 15 de abril del 2017, en la que se advierte datos de registro inicial (partograma) de **V**, sin nombre ni firma del médico por quien fue atendida, en la nota se establece fecha probable de parto 1 de abril del 2017
 - c. Hoja de atención médica de admisión hospitalaria al servicio de Urgencias de Ginecología y Obstetricia del 16 de abril del 2017, en la que se advierte datos de registro inicial, (partograma) de **V**, elaborada por **SP3**
 - d. Nota de ingreso al servicio de Ginecología y Obstetricia, de las 23:45 horas del 16 de abril del 2017, en la que se asentó, entre otras cosas, que **V** pasó a dicho servicio para la extracción del producto vía abdominal (óbito), con T/A 130/90
 - e. Solicitud y registro de operación quirúrgica a nombre de **V**, de fecha 17 de abril del 2017, elaborado por **AR3**, quien diagnosticó preoperatorio

eh

por embarazo de "42.3 sdg por fur/40/4sdg por us, segundo trimestre, primigesta, hipertensión gestacional, producto óbito macrosómico, operación proyectada cesárea"

- f. Hoja de enfermería de quirófano de 17 de abril del 2017, trans operatorio, en el que se describe el ingreso de **V** a sala quirúrgica a las 12:02 horas
 - g. Hoja de alta informada de 19 de abril del 2017, suscrita por **SP4**, en la cual se advierte como diagnóstico de egreso parto único por cesárea por producto óbito macrosómico, hipertensión gestacional, hipotiroidismo subclínico
- 28.** Informes justificados de 7 de marzo de 2018, rendidos por **SP4** y **SP5**, mediante el cual narraron su versión de los hechos.
- 29.** Informe justificado de 9 de marzo del 2018, rendido por **AR2**, mediante el cual narró su versión de los hechos que dieron origen a la Queja.
- 30.** Oficios de 10 de agosto de 2018 y 23 de agosto del 2021, respectivamente, suscritos por personal de la Unidad de Investigación Zona La Mesa, por medio de los cuales remitieron constancias de la Carpeta de Investigación 1, iniciada el 13 de diciembre de 2017, derivada de los hechos narrados en el presente documento.
- 31.** Dictamen Médico de 31 de enero del 2019, realizado por el perito médico legista adscrito a la CEDHBC estableció la existencia de elementos de convicción para determinar que hubo negligencia médica en la atención que **V** recibió por parte del personal adscrito al Hospital General de Tijuana.
- 32.** Opinión Psicológica Especializada de Atención Forense a Víctimas de posibles Violaciones a Derechos Humanos, de fecha 20 de febrero de 2020 elaborada por el perito en psicología de esta Comisión Estatal, en la cual concluyó que la víctima presentó afectación emocional, requiriendo apoyo psicoterapéutico para reparar el daño de la pérdida de su hijo, así como pérdida de confianza en la ética y profesionalismo de la atención médica recibida.

33. Dictamen Médico de fecha 6 de septiembre del 2021, en el que la perita médica adscrita a este Organismo Autónomo señaló el incumplimiento de previsiones clínicas y terapéuticas al no realizar una evaluación clínica adecuada que permitiera la identificación de factores de riesgo, lo que obstaculizó un diagnóstico y tratamiento oportuno.

34. Oficio número 40/2021 de 20 de agosto del 2021, suscrito por la jefa del Servicio de Ginecología y Obstetricia del HGT, por medio del cual informó a este Organismo Estatal que el 16 de marzo del 2017, **V** fue atendida por **AR1** y que actualmente el servidor público no labora en el nosocomio, además de mencionar no contar con registros de atención en el área de urgencias sobre la atención brindada a la víctima.

35. Acta circunstanciada de comparecencia del 11 de noviembre de 2024, suscrita por personal actuante de la CEDHBC a través de la cual se hizo constar la comparecencia de **V** y **VI**, quienes en ese acto compartieron un poco del impacto que tuvieron las violaciones a derechos humanos en su vida personal y familiar.

IV. SITUACIÓN JURÍDICA

36. El 13 de diciembre de 2017, **V** presentó una denuncia ante el Módulo de Orientación Zona Rio, de la entonces Procuraduría General de Justicia del Estado por la probable comisión del delito de Responsabilidad Médica y Técnica. El 24 de mayo de 2024, se determinó el no ejercicio de la acción penal por la titular de la Unidad de Investigación de Delitos contra las Personas y su Libertad, al haberse actualizado la causal de prescripción.

V. OBSERVACIONES

I. LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN BAJA CALIFORNIA

37. Este Organismo Estatal reconoce que la violencia contra la mujer ha estado presente en diversas formas a lo largo de las culturas y épocas, si bien se han logrado avances significativos en la legislación y concienciación social, la persistencia de la violencia contra la mujer en las sociedades contemporáneas

refleja las profundas raíces históricas de la desigualdad de género y la necesidad continua de esfuerzos integrales para su erradicación.

38. Como parte de las acciones afirmativas para contribuir a la erradicación de la violencia, la Asamblea General de Naciones Unidas aprobó el 19 de diciembre de 1979 la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer y entró en vigencia el 3 de septiembre de 1981 en México. Se trata de un instrumento vinculante, universalmente reconocido, que no solo lucha contra la discriminación de la mujer, sino que también protege los derechos de las niñas para preservar su dignidad y bienestar.

39. En el mismo sentido, la Organización de los Estados Americanos adoptó en 1994 la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer o la Convención de Belém do Pará, reconociendo que la violencia contra la mujer es una ofensa a la dignidad humana y una manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre mujeres y hombres, que trasciende a todos los sectores de la sociedad; con ese documento se pretende contribuir a la erradicación y prevención de la violencia contra la mujer.

40. A nivel nacional, el Estado mexicano ha implementado acciones legislativas para generar un sistema de protección reforzada para las mujeres, entre ellas, la Ley General de Acceso a una Vida Libre de Violencia y la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Baja California⁵.

41. Esta última normativa, en el artículo sexto, describe algunos de los tipos y modalidades de la violencia, desde la intención de visibilizar que la violencia contra la mujer tiene connotaciones distintas, como la violencia obstétrica, que se trata de una violencia estructural e institucional proveniente de una cultura patriarcal que trasciende a las ciencias médicas, se trata de prácticas y conductas realizadas por profesionales de la salud a las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio.

⁵ <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGAMVLV.pdf>
https://www.congresobc.gob.mx/Documentos/ProcesoParlamentario/Leyes/TOMO_VI/20210813_LEYLIBREVIOLENCIA.PDF

42. La violencia obstétrica se define como toda conducta, acción, u omisión que ejerza el personal de salud, de manera directa o indirecta, y que afecte a las mujeres durante los procesos de embarazo, parto o puerperio, mediante un trato deshumanizado, así como la omisión de atención oportuna y eficaz, prácticas sin consentimiento como esterilización o realizar cesárea sin motivo⁶.

43. Entre las situaciones de violencia que experimentan las mujeres durante la atención obstétrica se encuentra el maltrato físico; la humillación y abuso verbal; procedimientos autoritarios para imponer un método anticonceptivo o para realizar una cesárea; vulneración de la confidencialidad y la privacidad; obtención de consentimiento de forma involuntaria o con deficiencia en la información; negativa de ofrecer tratamiento integral y la detención de las mujeres y los recién nacidos en las instalaciones debido a la imposibilidad de pagar.

44. Este tipo de violencia constituye una discriminación de género y representa una violación de los derechos humanos desde un enfoque del derecho a la salud y de los derechos sexuales y reproductivos de la mujer, entendidos como derechos inalienables e indivisibles de los derechos humanos.

45. Según datos de la encuesta ENDIREH 2021, durante el 2016 al 2020 en Baja California, 3 de cada 10 mujeres sufrieron al menos un tipo de maltrato por quienes las atendieron durante el parto⁷. Mientras que el "Estudio Sobre Días de Embarazo en Adolescentes" de INMUJER BC⁸, resalta que el pertenecer a un grupo indígena, contar con escasos recursos económicos, una baja escolaridad o haber resultado embarazada a una edad que socialmente no es considerada correcta, como ocurre con las adolescentes, las vuelve aún más vulnerables.

⁶ Artículo 6 de la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Baja California. Disponible en: https://www.congresobc.gob.mx/Documentos/ProcesoParlamentario/Leyes/TOMO_VI/20210813_LEYLIBREVIOLENCIA.PDF

⁷ https://www.inedi.org.mx/contenidos/programas/endireh/2021/doc/endireh2021_presentacion_ejecutiva.pdf

⁸ <https://www.bajacalifornia.gob.mx/Documentos/Inmujer/Proequidad/ESTUDIO%20SOBRE%20D%C3%8DADAS%20DE%20EMBARAZO%20EN.pdf>

46. En Baja California, 34.8 por ciento de las mujeres reportaron haber experimentado alguno de estos tipos de abuso, lo que está por encima del promedio nacional, y para las mujeres indígenas esta cifra llega a 40 por ciento⁹.

47. Por su parte, este Organismo Estatal reporta la existencia de seis Recomendaciones de 2015 a la fecha, dirigidas a la Secretaría de Salud por hechos que ocurrieron en instituciones de salud públicas y privadas en los municipios de Ensenada, Tijuana y Playas de Rosarito, que van desde negar el servicio a mujeres en trabajo de parto que culminan en nacimientos fortuitos ocurridos en la calle o provocando la muerte del producto o de la madre.

48. La eliminación de la violencia obstétrica es esencial para construir sistemas de salud más equitativos y justos, que garanticen el respeto y la dignidad de las mujeres durante el proceso de embarazo, parto y puerperio. Esta forma de violencia, impacta negativamente en su bienestar físico y emocional, y en el de sus bebés; es indispensable, fomentar un entorno donde prevalezca el trato respetuoso y el consentimiento informado para mejorar los resultados de salud materna y fortalecer la justicia social.

49. Del análisis realizado al conjunto de evidencias que integran el expediente CEDHBC/TIJ/Q/804/2017/3VG, en términos de lo dispuesto por el artículo 45 de la Ley de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Baja California y el artículo 5, fracción VI de Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres, se cuenta con elementos suficientes que permiten acreditar la violación a los derechos humanos a la protección de la salud por la inadecuada atención médica por parte de personal del HGT y a la pérdida del producto de la gestación, así como la afectación a una vida libre de violencia obstétrica en agravio de V, atribuible a personal del HGT, desde una visión que integra la perspectiva de género al análisis lógico y jurídico.

I. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

⁹ FLORES-ROMERO, Lizette; VINAS VELAQUEZ, Bertha Margarita; TREVINO-SILLER, Sandra y ISLAS-LIMON, Julieta Yadira. Violencia obstétrica en la atención del parto en Baja California: Percepciones del personal de enfermería. Traducido por Luis Cejudo-Espinosa. *Frontera norte* [online]. 2022, vol. 34 [citado 2024-08-14], e2243. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-73722022000100110&lng=es&nrm=iso>. Epub 05-Dic-2022. ISSN 2594-0260. <https://doi.org/10.33679/rfn.v1i1.2243>.

a. Inadecuada atención médica otorgada a V por personal del HGT y la pérdida del producto de la gestación.

50. El artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos reconoce que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, definida como el estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades¹⁰.

51. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha definido al derecho a la protección de la salud "como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud"¹¹.

52. Por su parte, la SCJN ha establecido en su jurisprudencia que entre los elementos que comprenden el derecho a la salud, se encuentra el disfrute de servicios de salud de calidad en todas sus formas y niveles, entendiendo calidad como exigencia de que exista personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, así como condiciones sanitarias adecuadas¹².

53. El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, en su Recomendación General 24, señaló que "el acceso a la atención a la salud, incluida la salud reproductiva, es un derecho básico previsto en la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer¹³, puntualizando que muchas mujeres corren peligro de muerte o pueden quedar discapacitadas por circunstancias relacionadas con el embarazo cuando carecen de recursos económicos para acceder a servicios previos y posteriores al parto y los servicios de maternidad"¹⁴.

¹⁰ Artículo 1º Bis. - Se entiende por salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social y son solamente ausencia de afecciones o enfermedades. Ley General de Salud, publicada el 7 de febrero de 1984 en el Diario Oficial de la Federación.

¹¹ Observación general 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), (22º período de sesiones, 2000), U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (2000). Aprobado por la Asamblea General de la ONU, el 11 de mayo de 2000, párrafo 9.

¹² Jurisprudencia P.J. 1º/J. 50/2019 DERECHO A LA SALUD, SU PROTECCIÓN EN EL ARTÍCULO 271, SEGUNDO PÁRRAFO, DE LA LEY GENERAL DE SALUD, Primera Sala de la Suprema Corte de la Justicia de la Nación, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Tomo XXIX/abril de 2009, Página 164, Registro 16730.

¹³ Recomendación General número 24 CEDAW, Párrafo primero. Disponible en: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1280.pdf>

¹⁴ Ibidem, párrafo 27

54. La Comisión Interamericana de Derechos Humanos en su Informe sobre Acceso a Servicios de Salud Materna desde una perspectiva de Derechos Humanos, ha enfatizado que es deber de los Estados garantizar el derecho a la integridad física, psíquica y moral de las mujeres en el acceso a servicios de salud materna en condiciones de igualdad, con especial relevancia en la implementación de intervenciones claves que contribuyan a garantizar la salud materna, como la atención de las emergencias obstétricas¹⁵.

55. Por su parte, el artículo 33, fracciones I y II de la Ley General de Salud, contempla en qué consiste el servicio médico al que tienen derecho las mujeres embarazadas, desde una visión preventiva y curativa. La primera, incluye las de promoción general y las de protección específica; las segundas, tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno, lo anterior en correlación con el artículo 61 Bis de la citada norma, que establece que "toda mujer embarazada tiene derecho a obtener servicios de salud [...], con estricto respeto de sus derechos humanos".

56. Del caso *sub judice* se desprende que el 26 de octubre de 2016, V (mujer de 19 años) tuvo conocimiento de su estado de gravidez, se trataba de su primer embarazo con 13 semanas de gestación. Se trasladó del Estado de Sonora a la ciudad de Tijuana para dar seguimiento al control prenatal, por lo que el 2 de diciembre de 2016 acudió al Centro de Salud.

57. En el Centro de Salud recibió atención por **SP1** y **SP2**, recibiendo un total de seis valoraciones en donde le prescribieron suplemento de hierro y ácido fólico, asimismo, se realizaron estudios de laboratorio que incluyeron biometría hemática completa, química sanguínea, grupo sanguíneo y Rh, exámenes generales de orina VDRL¹⁶ y VIH¹⁷, así como rastreos ultrasonográficos sufragados con recursos propios, los cuales se reportaron dentro de los parámetros normales.

58. Durante su cuarta consulta en el Centro de Salud, el 3 de marzo del 2017, fue valorada por **SP2**, quien determinó canalizarla al Hospital General de Tijuana a efecto de recibir atención de segundo nivel debido a que persistía la

¹⁵ Acceso a servicios de Salud Materna desde una perspectiva de Derechos Humanos CIDH. De 7 de junio de 2014

¹⁶ Análisis para detector sífilis

¹⁷ Análisis para detector virus de inmunodeficiencia humana

sintomatología consistente en cefalea de moderada intensidad de tipo opresivo, con presencia de tinnitus¹⁸, edema¹⁹ en manos y pies, con presión arterial de 132/102 y con glucosa capilar de 100 mg/dl, lo cual se asentó en la hoja de referencia en el apartado de resumen clínico, por considerar que la **V** requería atención especializada.

59. El 16 de marzo del 2017, la **V** acudió a su primera valoración en el Hospital General de Tijuana en el servicio de Ginecología y Obstetricia, fue atendida por **AR1**, quien analizó el ultrasonido realizado un día antes de la cita, es decir, el 15 de marzo de 2017, el cual arrojó como resultado entre otros datos, un embarazo de 37.6 semanas de gestación, con circular simple de cordón en cuello, así como un peso fetal de 3,314 gramos.

60. Siendo esta su última consulta de atención prenatal, en la cual **AR1** se concretó a manifestarle que todo se encontraba bien, que ya no era necesaria otra nueva revisión, haciéndole entrega de una hoja de "Alerta Obstétrica"²⁰ (emergencia obstétrica), instruyéndole a **V** acudir a urgencias en caso de percibir alguna molestia especificada en la hoja referida.

61. Lo anterior denota que **AR1** omitió observar el resumen clínico de **V** con el cual fue canalizada por el Centro de Salud, especificando los posibles factores de riesgo²¹, de lo contrario habría advertido que **V** requería de un protocolo de estudio más especializado que permitiera confirmar o descartar factores de riesgo en el embarazo, máxime cuando estaba próxima la fecha de parto.

62. La perita médico adscrita a este Organismo Estatal, refirió lo siguiente:

[...] contaba con el antecedente de haber presentado signos y síntomas que en su conjunto se consideran de alarma como lo es cefalea de repetición acufenos²², edema en pies y manos y una toma

¹⁸ Sonido de timbre en otros ruidos en uno o ambos oídos

¹⁹ Afección en la que los líquidos se acumulan en los tejidos del cuerpo, (hinchazón)

²⁰ La urgencia o emergencia obstétrica se define como aquel estado de salud que pone en peligro la vida de la mujer y/o al producto y que además requiere de atención médica y/o quirúrgica de manera inmediata. Observatorio de Mortalidad Materna de México, Numeralia 2011, México, 2013:

²¹ El Factor de riesgo es la: (...) características o circunstancia personal, ambiental o social de los individuos o grupos, asociados con un aumento de la probabilidad de ocurrencias de un daño. Por lo que el riesgo obstétrico alto es el aumento real o potencial en la probabilidad de sufrir daños a la salud de la madre o del producto. Manual de Atención, Embarazo, Parto y Puerperio Seguros. Recién nacido Sano, Secretaría de Salud, 2007, Pág. 19

²² Acufenos

de presión arterial de 132/102 mmhg, todo expresado en la hoja de referencia que se realizó en el Centro de Salud, contando con todos esos datos [...] no se inició un protocolo de estudio para descartar una enfermedad hipertensiva del embarazo, misma que no fue identificada [...] existían datos indirectos de macrosomía fetal²³ como lo es un fondo uterino de 36-37 centímetros que es lo esperado en un embarazo de término, la determinación por ultrasonido de un peso fetal de 3,314 gramos un mes antes de la fecha probable de parto, así como una glucosa capilar de 100mg/dl registrada en la hoja de referencia, misma que está por el límite superior normal y que amerita iniciar un protocolo de estudio para el diagnóstico de diabetes gestacional, siendo esta una de las primeras causas de macrosomía fetal [...].

63. De la misma forma, **AR1** omitió llevar a cabo una semiología²⁴ a efecto de establecer los mecanismos para que se registrara, intercambiara y se consolidara la información de **V** con los síntomas que presentaba y los cuales se encontraban registrados en la hoja de referencia.

64. La Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016 "Para la atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida" establece que las actividades a realizar por parte del personal de salud consiste principalmente en identificar signos y síntomas de urgencia obstétrica: hipertensión arterial, pérdida de la conciencia, convulsiones, epigastralgia, cefalea intensa, hemorragia transvaginal, palidez intensa, dolor abdominal, fiebre, pérdida transvaginal de líquido o sangre.

65. En el mismo sentido, la Guía de Práctica Clínica "Detención y diagnóstico de enfermedad hipertensiva en el embarazo"²⁵, establece que una de las primeras causas de morbilidad y mortalidad perinatal y materna en México es la hipertensión.

²³ Macrosomía fetal, se define como el crecimiento más allá del límite superior esperado, independientemente de la semana de la gestación. <http://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/fetal-macrosomia/diagnosis-treatment/drc-20372584>

²⁴ Semiología. Es el cuerpo de conocimientos que se ocupa de cómo identificar las diversas manifestaciones de enfermedad. -Revista médica de Chile

²⁵ Guía de Práctica Clínica "Detención y diagnóstico de enfermedad hipertensiva en el embarazo" Secretaría de Salud, México, 2008.

66. De conformidad con la literatura médica, la hipertensión gestacional es la presión arterial alta que se desarrolla durante el embarazo. Comienza después de las 20 semanas de embarazo. Algunas mujeres con hipertensión gestacional pueden desarrollar preeclampsia, un tipo más grave de presión arterial alta durante el embarazo.²⁶

67. Con relación al presente caso, se destaca que la hoja de referencia del Centro de Salud advirtió la presencia de presión arterial elevada de 132/102 y glucosa en sangre con valor de 100 mg/dl, entre otros signos y síntomas que en su conjunto se consideraban de alarma obstétrica, sin embargo, **AR1** omitió llevar a cabo acciones específicas para brindar una atención médica integral a **V** y desplegar un protocolo de detección oportuna conforme la NOM-030-SSA2-2009, "Para prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial", omitiendo la advertencia del nivel de presión arterial y glucosa en la sangre de **V**.

68. Por otro lado, este Organismo Estatal observa con preocupación que los registros médicos elaborados en el Hospital General de Tijuana carecen de los elementos mínimos que contempla la NOM-004-SSA3-2012 "Del Expediente Clínico", en los numerales 5.9 y 5.10, los cuales describen que las notas en el expediente deberán contener, nombre completo del paciente, edad, sexo, fecha, hora y nombre completo de quien las elabora, así como la firma autógrafa, electrónica o digital, situación que no se cumplió.

69. Sin embargo, en la nota médica de consulta externa obrante en el expediente clínico de **V** realizada por **AR1** en el HGT, el 16 de marzo de 2017, no obran datos específicos de la paciente ni el nombre del médico que la atendió, esto cobra mayor relevancia al tratarse de la primera consulta médica de segundo nivel, luego de ser canalizada por el Centro de Salud al persistir sintomatología de riesgo.

70. Posteriormente, **V** acudió al HGT los días 23, 25 y 30 de marzo y 15 de abril de 2017, en todas las ocasiones manifestó que sentía disminución en los movimientos fetales, además, que al cumplirse el término de fecha probable de

²⁶ Biblioteca Nacional de Medicina. <https://medlineplus.gov/spanish/highbloodpressureinpregnancy.html>

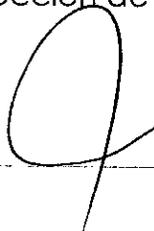
parto no inició con los síntomas de trabajo de parto, en cada una de las veces que acudió al área de urgencias se omitió realizar una valoración oportuna y completa para verificar el estado de salud de **V** y de su hijo.

71. Lo anterior se robustece al advertir que, en el expediente clínico de **V** no obra registro de las atenciones que le fueron proporcionadas por parte del personal médico del área de urgencias del HGT, por ende, no obra nota médica alguna de referencia sobre algún dato de alarma, lo que desencadenó que no se pudiera advertir la presencia de parámetros críticos que ameritaban una atención especializada con la finalidad de salvaguardar la vida del binomio materno-infantil.

72. Durante el desarrollo de la investigación, se solicitó información a **AR2** a fin de identificar a los servidores públicos que atendieron a **V** en el Servicio de Urgencias Ginecología y Obstetricias del HGT, quien informó que no se encontraron registro de atenciones en dicha área. Asimismo, señaló que **ART** no laboraba más en dicho nosocomio por jubilación.

73. Este Organismo Estatal enfatiza la importancia de llevar a cabo un adecuado seguimiento del embarazo y vigilancia obstétrica, la cual debe efectuarse mediante la aplicación de procedimientos indicados y regulados para la atención del embarazo, parto y puerperio; ello con el propósito de detectar y prevenir los factores de riesgo en el binomio materno-fetal, situación que no se actualizó en el presente caso.

74. La Comisión Estatal hace énfasis en que la protección a la salud prenatal se encuentra interconectada con la preservación y el adecuado desarrollo del producto hasta la conclusión de la gestación, es decir, en la medida en que sean satisfechos con efectividad los derechos de la mujer embarazada y la protección de la salud, se garantiza la viabilidad del producto y la protección de la expectativa de vida humana. Lo anterior, en el entendido de que la defensa del producto de la gestación se realiza esencialmente a través de la protección de la mujer.

er 

75. Por lo anterior, se advierte que las omisiones incurridas por los médicos, desde la incorrecta integración y llenado de las constancias que integran el expediente clínico obstaculizaron la visión médica integral para tomar en consideración los síntomas presentados, cefalea, edema en manos y pies, presión alta, niveles de glucosa, circular simple de cordón, entre otros. Lo anterior, tuvo como consecuencia la falta de un diagnóstico oportuno, vigilancia y cuidado médico en tiempo y forma que evitara desarrollar múltiples complicaciones.

76. Las omisiones en las que incurrió **AR1** contribuyeron al deterioro del estado de salud de **V** e impidieron garantizar con efectividad el derecho a la protección de la salud del binomio materno-fetal, lo que generó la pérdida del producto de la gestación, vulnerando con ello el derecho a la salud, el derecho a vivir una vida libre de violencia obstétrica y el derecho a la integridad personal a la luz de los artículos XI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre²⁷; 25.1 y 25.2 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos,²⁸ en relación con el artículo 4.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos; artículo 1º, párrafos primero, segundo y tercero, 4º, párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º, 2º, fracciones I, II y V; 3º, fracción IV, 23, 27, fracciones III y IV, 32, 51, primer párrafo y 61 fracción I, de la Ley General de Salud.

b) Sobre la falta de registros médicos en el área de urgencias y el trato recibido por parte de personal médico

77. La Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia prevé en los artículos 35, 46, fracciones II y X, y 49, en materia de responsabilidad del Estado lo siguiente:

[...]la prevención, atención, sanción y erradicación de la violencia contra las mujeres [...] brindar por medio de las instituciones del sector salud de manera integral e interdisciplinaria atención médica y psicológica con perspectiva

²⁷ <https://www.oas.org/es/cidh/mandato/basicos/declaracion.asp>

²⁸ https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Programas/Discapacidad/Declaracion_U_DH.pdf

de género a las víctimas y asegurar que en la prestación de los servicios del sector salud sean respetados los derechos humanos de las mujeres ²⁹.

78. La Ley General de Salud, en el artículo 61, fracción I³⁰, dispone que la atención materno fetal es de carácter prioritario y deberá brindarse durante el embarazo, parto y puerperio.

79. El artículo VII, de la Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre,³¹ establece que toda mujer en estado de gravidez tiene derecho a la protección, cuidados y ayudas especiales.

80. Por su parte, la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer³² establece el derecho de toda mujer a que sea respetada su integridad física, psíquica y moral, para ello, el Estado deberá adoptar políticas para prevenir, sancionar y erradicar cualquier tipo de violencia, especialmente ante la situación de vulnerabilidad a la que se enfrenta cuando está embarazada.

81. La Organización de las Naciones Unidas, en coordinación con la Red Latinoamericana del Caribe y de Bioética, consideran como violencia obstétrica [...] el tipo de violencia ejercida por el profesional de salud sobre el cuerpo y los procesos productivos de las mujeres. Esta clase de violencia se expresa mayoritariamente, aunque no con exclusividad, en el trato deshumanizado hacia la mujer embarazada [...] en múltiples manifestaciones que resultan amenazantes en el contexto de la atención de la salud sexual, embarazo, parto y post parto³³.

82. Así pues, la especial protección que deben gozar las mujeres embarazadas no sólo se encuentra establecida en instrumentos nacionales e internacionales, sino, en normas oficiales mexicanas y guías de práctica clínica como referentes en la prestación de los servicios de salud materna.

²⁹ <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGAMVLV.pdf>

³⁰ <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf>

³¹ <https://www.oas.org/es/cidh/mandato/basicos/declaracion.asp>

³² <https://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-61.html>

³³ Revista Recbioética de la UNESCO, Año 4, Volumen 1, número 7. Enero-junio de 2013. Página 28

83. Este Organismo Estatal advierte con preocupación que la **V** acudió en diversas ocasiones al área de urgencias médicas del HGT porque podía sentir la disminución de movimiento fetal en su vientre, finalmente, como se describió en el capítulo anterior, el personal médico adscrito al área de urgencias fue omiso en brindarle una atención médica oportuna, idónea y de calidad conforme a los estándares de protección del derecho a la salud.

84. La falta de registro en el área de urgencias médicas del HGT impidió a este Organismo Estatal esclarecer quienes fueron los servidores públicos que directamente omitieron llevar a cabo una revisión médica integral, sin embargo, se advirtió la falta de supervisión diligente por parte del Director del nosocomio, de manera que se ha determinado la responsabilidad institucional del titular, **AR2**, por la falta de registros y atención oportuna e integral en perjuicio de **V**.

85. Ahora bien, el 16 de abril del 2017 a las 21:00 horas, al acudir **V** nuevamente al Hospital General, **SP3**, le realizó una revisión general y se percató de la ausencia de frecuencia cardíaca fetal, por lo que informó a la víctima que requería un examen denominado ultrasonograma, pero al no contar en ese momento con un médico radiólogo que atendiera lo solicitado, la **V** tuvo que acudir a una clínica particular.

86. La **V** solicitó el apoyo para ser trasladada en una unidad hospitalaria, lo cual le fue negado, transcurrieron dos horas para que la **V** lograra obtener el examen médico solicitado por **SP3**, una vez realizado este confirmó la ausencia de latido cardíaco.

[...] se encuentra en situación longitudinal, presentación cefálica con su dorso de lado izquierdo, no presenta movimientos activos durante la exploración [...] peso estimado de 5300 grs +/-797grs; frecuencia cardíaca no visible [...]. Imágenes compatibles con embarazo óbito postérmino de 40-41 semanas de gestación por fotometría [...].

87. Ante el diagnóstico desfavorable para su hijo, la **V** ingresó al área de Servicio de Ginecología y Obstetricia el 16 de abril de 2017 a las 23:45 horas, con impresión diagnóstica de "producto óbito, macrosómico".

88. La víctima describió ante este Organismo Estatal el trato que recibió por parte del personal, una vez que fue internada en el nosocomio. Refirió que la cirugía se programó para ese mismo día, sin embargo, fue cancelada y al pedir una explicación, **AR3** se acercó para decirle que debía esperar a que se programara su cirugía, pero si no quería esperar podía egresar del hospital y cubrir el costo de la cirugía cesárea tipo Kerr, en un nosocomio particular. La **V** manifestó que, además, le dijo que se había presentado una nueva urgencia de otra paciente embarazada y que el producto de esa mujer estaba con vida y el suyo no.

89. La víctima esperó alrededor de 12 horas para que se realizara la intervención quirúrgica. Lo cual se robustece, además, con el expediente clínico de **V** en el que se hace constar que la cirugía se realizaría el 17 de abril de 2017 a las 11:00 horas, no obstante, se llevó a cabo a las 11:43 horas, según la hoja de enfermería de quirófano, obrante en su expediente clínico, siendo que ella ingresó el 16 de abril de 2017 a las 23:45 horas.

90. Al respecto, **AR2** informó a este Organismo Estatal que [...] **V** fue la última del turno, que antes se intervinieron dos pacientes por cesárea [...] ambas con peligro de muerte para madre y producto. Por su parte, **AR3** refirió que el área solo contaba con una sala de quirófano, la cual había sido utilizada para otras intervenciones quirúrgicas.

91. De lo anterior se desprenden, además, diversas irregularidades en la prestación de la atención médica que **V** recibió por parte de los servidores públicos del HGT:

- a. La falta de atención médica oportuna en las unidades de urgencias y la falta de registro de la atención que se le brindó por parte del personal médico;
- b. La inadecuada prestación del servicio médico, así como la deficiente atención materno-infantil durante el embarazo o el puerperio, al no haber identificado oportunamente los factores de riesgo con los que contó **V** durante su embarazo;

eh



- c. Un trato contrario a la dignidad humana, carente de empatía que afecta el bienestar de los pacientes;
- d. La falta de intervención quirúrgica inmediata y la falta de información clara y detallada por parte del personal que le brindó la atención médica;
- e. Falta de acompañamiento para primeros auxilios psicológicos.

92. Todas las mujeres necesitan acceso a cuidados de alta calidad durante el embarazo, así como durante el parto y después de él, con la finalidad de que la atención sea respetuosa con la maternidad, acorde con la dignidad humana y los principios de privacidad y confidencialidad que asegure la integridad física y el trato adecuado³⁴.

93. Derivado de los hechos de violencia obstétrica e inadecuada atención médica oportuna en el área de urgencias médicas, atribuible a **AR2** y **AR3**, la víctima presentó afectación emocional, pérdida de confianza, ética y profesionalismo de la atención médica recibida. Este Organismo Estatal recuerda que la violencia obstétrica es una manifestación de las relaciones asimétricas de poder entre el personal médico y las mujeres embarazadas que acuden a las instituciones de salud, mismo que está asociado a un conjunto de predisposiciones, producto de una problemática estructural del campo médico, que hacen posible un conjunto de conductas represivas basadas en la interiorización de las jerarquías médicas.

94. Se observa con preocupación que en ocasiones la violencia obstétrica ha sido naturalizada por el personal médico, y la sociedad en su conjunto. La normalización de estas prácticas en las instituciones de salud redundan en violaciones a los derechos humanos de las mujeres.

95. Este Organismo Estatal hace énfasis en que el problema de la violencia obstétrica no puede reducirse a una cuestión de calidad en la atención médica, a las difíciles condiciones en las que labora el personal de las instituciones de salud o a un problema de formación en la ética del personal médico. La violencia obstétrica constituye una violación a los derechos humanos, por ser

³⁴ <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>

Una forma específica de violencia de género contra las mujeres y por atentar contra el derecho a una vida libre de violencia.

c) Sobre el acceso a la información clara y detallada relativo a la atención médica y la correcta integración del expediente clínico

96. El Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales de la ONU previene que, en materia de salud, el derecho de acceso a la información "comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud"³⁵.

97. El derecho de acceso a la información en materia de salud, relativo al expediente clínico de las personas, consiste en aquella libertad atribuible a los usuarios de servicios médicos para solicitar, recibir y conocer todos aquellos datos que obren en el mismo, como podrían ser sus antecedentes personales, historial médico, diagnóstico emitido, resultados e interpretación de exámenes y estudios practicados, tratamiento prescrito, opiniones y comunicaciones del personal de salud y acciones implementadas respecto de su atención médica³⁶.

98. Para la garantía de este derecho existe una obligación positiva a cargo del Estado, a fin de eliminar todas aquellas prácticas que impidan al paciente el acceso al contenido de su expediente clínico, e implementar las acciones tendientes a garantizar la libertad para recibir y conocer su información médica y con motivo de ello, propiciar que se esté en posibilidad de ejercer adecuadamente otros derechos como son el derecho a la protección de la salud, así como a decidir y consentir de manera informada su tratamiento médico.

99. Como se ha mencionado, la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, prevé que el expediente clínico "es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud". Se define como el conjunto único de información y datos personales de un paciente, que puede estar integrado por documentos escritos, físicos, digitales o en cualquier formato asequible, en el que se hace constar los diferentes momentos del proceso de la

³⁵Observación 14, Comité de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Disponible en: <https://www.onchr.org/sites/default/files/Documents/Publications/Factsheet31sp.pdf>

³⁶ Recomendación general número 29/2017 sobre el expediente clínico CNDH.

atención médica, las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como la descripción del estado de salud del paciente; además de incluir en su caso, datos acerca del bienestar físico, mental y social del mismo.

100. La Corte Interamericana de Derechos Humanos ha sostenido que "un expediente médico, adecuadamente integrado, es instrumento guía para el tratamiento médico y fuente razonable de conocimiento acerca de la situación del enfermo, las medidas adoptadas para controlarla y, en su caso, las consecuentes responsabilidades"³⁷.

101. La debida integración de un expediente o historial clínico es una condición necesaria para que el paciente usuario del servicio de salud pueda ejercer con efectividad el derecho a estar informado para estar en condiciones de tomar una decisión consciente acerca de su salud y conocer la verdad.

102. Del expediente clínico de **V** se advirtió la falta de información relativa a las atenciones brindadas por el personal del HGT en el servicio de urgencia los días 23, 25 y 30 de marzo de 2017, lo cual se corrobora con la declaración de la jefa del servicio de ginecología, quien refirió que no contaban con registros de atención en el área de gineco-obstetricias, por lo que no se logró establecer una responsabilidad directa a los servidores públicos. Sin embargo, es claro que fueron omisos en detectar los factores de riesgo.

103. Asimismo, del expediente clínico se advirtió que en diversas constancias no obran datos que hagan referencia a la **V**, como lo es nombre, edad, sexo, servicio brindado, así como la omisión de llenar los espacios con el nombre y firma del médico responsable que brindó la atención médica, lo cual es contrario a lo establecido en la NOM-004-SSA3-2012 "Del Expediente Clínico".

104. Por otro lado, este Organismo Estatal advirtió que el primer certificado de muerte fetal elaborado por personal del HGT, carecía de datos tales como, sexo, edad gestacional, nombre y apellidos de **V**, así como parentesco, además de indicar en el mismo documento, que la **V** había fallecido y no su hijo; al

³⁷ Corte IDH. Caso Albán Cornejo y otros. Vs. Ecuador. Fondo Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2007. Serie C No. 171, párr. 68.

percatarse de tales errores **V** solicitó la corrección al personal de guardia, modificando únicamente lo relativo a la persona fallecida.

105. El Manual para el llenado del Certificado de Defunción y de Muerte Fetal³⁸ y la Guía para el llenado de los Certificados de Defunción y Muerte Fetal³⁹ explican con precisión y detallan la forma de registrar la información de acuerdo con las circunstancias que acompañaron el fallecimiento y las características.

106. Sin embargo, en el apartado de causa de muerte del Certificado de Defunción y Muerte Fetal, se estableció: "interrupción de la circulación materno fetal", sin precisar en el documento ni informar previamente a **V**, la condición fetal o materna que causó el deceso.

107. Tales omisiones, adquieren relevancia al considerar la importancia del conocimiento completo e integral de la atención de los pacientes, en este caso **V**, ya que, al omitirse datos e información durante los sucesos que motivaron las violaciones a derechos humanos analizadas en el presente pronunciamiento, se vulneró el derecho de acceso a la información, con relación al derecho a la protección de la salud de la víctima impidiendo el conocimiento y análisis adecuado sobre la atención brindada por las instituciones de salud.

108. En atención a lo anterior, este Organismo Estatal considera que las omisiones e irregularidades en la conformación del expediente clínico, en el certificado de muerte fetal y la falta de información a **V** por parte del personal médico, vulneró el derecho de acceso a la información con relación al derecho a la salud, atribuible institucionalmente a **AR2**.

II. SOBRE LAS OBLIGACIONES DE INVESTIGAR Y PREVENIR VIOLACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS.

109. El derecho de acceso a la justicia encuentra sustento en los artículos 1.1, 8 y 25 de la CADH, se refiere al derecho fundamental de todas las personas a acceder de manera efectiva al sistema de justicia para hacer valer sus derechos y obtener una solución justa; para ello, resulta necesario que las autoridades

³⁸ http://www.dgissalud.gob.mx/descargas/seed/pdf/Manual_Llenado_CD_CMF_2022_20220930.pdf

³⁹ <https://www.inegi.org.mx/rnm/index.php/catalog/394/download/21433>http://www.dgissalud.gob.mx/descargas/seed/pdf/Manual_Llenado_CD_CMF_2022_20220930.pdf

lleven a cabo una investigación de los hechos denunciados, seria, objetiva y efectiva, orientada a la determinación de la verdad, la persecución, captura y eventual enjuiciamiento y castigo de los autores de los hechos⁴⁰.

110. El deber de investigar es una obligación de medios y no de resultados, que debe ser asumida por la autoridad investigadora, como un deber jurídico propio y no como una simple formalidad condenada de antemano a ser infructuosa. Además, es importante precisar que el órgano investigador puede ser responsable cuando deja de ordenar, practicar o valorar pruebas que habrían sido de especial importancia para el debido esclarecimiento de los hechos.

111. La CIDH ha señalado que "[...] la obligación del estado de investigar consiste principalmente en la determinación de las responsabilidades y, en su caso, en su procesamiento y eventual condena", para lo cual, "[...] el Estado debe conducir una investigación seria, imparcial y efectiva de los hechos del presente caso, a fin de esclarecerlos, determinar la verdad [...] y aplicar efectivamente las sanciones y consecuencias que la ley prevea [...]".

112. La obligación de la debida diligencia implica que las investigaciones penales agoten todas las líneas lógicas de investigación, considerando la complejidad de los hechos, el contexto en que ocurrieron y los patrones que explican su comisión, asegurando que no haya omisiones en la recabación de pruebas y en el seguimiento de las líneas lógicas de investigación, por lo que es esencial que se adopten las acciones que permitan investigar, perseguir penalmente y sancionar a todos los autores materiales e intelectuales⁴¹.

113. En el caso que nos ocupa, resulta importante precisar lo dispuesto por el artículo 21, párrafo primero y segundo de la CPEUM, respecto de las atribuciones de la institución de la FGE al referir que tienen competencia, salvo casos de excepción, "para investigar los delitos, verificar la probable responsabilidad de los involucrados e instar las actuaciones, mediante la materialización de la acción penal".

⁴⁰ Corte IDH. Caso López Sosa Vs. Paraguay. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 17 de mayo de 2023. Serie C No. 489., párrafo 110.

⁴¹ CIDH Violencia contra periodistas y trabajadores de medios. Estándares interamericanos y prácticas nacionales sobre prevención, protección y procuración de justicia.

114. La carpeta de investigación 1 se inició con motivo de los hechos narrados en el presente documento, en la cual se advirtió la falta de actuación por parte del agente del Ministerio Público encargado de la misma, al incurrir en dilación de la indagatoria, y en la omisión de realizar las acciones tendientes para la investigación y persecución del delito denunciado por la víctima.

115. La carpeta de investigación 1 se inició el 13 de diciembre de 2017 y se dejó de actuar el 3 de agosto de 2018, fecha en la que el director del Hospital General de Tijuana remitió el expediente clínico de V a la Fiscalía.

116. Posteriormente, el 24 de mayo de 2024 la Unidad de Investigación de Delitos contra las Personas y su Libertad determinó el no ejercicio de la acción penal en términos de los artículos 110 y 114 del Código Penal para el Estado de Baja California, por haber operado la extinción de la acción penal con motivo de la prescripción, debido a que transcurrieron, desde el día 3 de agosto de 2018 al 24 de mayo de 2024, **cinco años, ocho meses y veintiún días**.

117. Por lo anterior, este Organismo Estatal determina la responsabilidad institucional a la Fiscalía General del Estado de Baja California, cuyas omisiones en la investigación vulneraron el derecho de acceso a la justicia de V.

VI. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO

118. El sistema de protección no jurisdiccional de los derechos humanos es una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación integral del daño derivado de la responsabilidad en que hayan incurrido servidores públicos del Estado mexicano, de conformidad con lo establecido en el artículo 1º, párrafo tercero, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

119. Para garantizar a las víctimas la reparación integral, proporcional a la gravedad de la violación y las circunstancias de cada caso, es necesario cumplir los principios de restitución, compensación, rehabilitación, satisfacción, garantías de no repetición, obligación de investigar los hechos, así como identificar, juzgar y, en su caso sancionar a las autoridades responsables.

120. La Ley General de Víctimas⁴² y la Ley de Víctimas para el Estado de Baja California⁴³ establecen que las víctimas tienen derecho a ser reparadas por el Estado de manera integral, adecuada, diferenciada, transformadora y efectiva por el daño o menoscabo que han sufrido en sus derechos como consecuencia de violaciones a derechos humanos y por los daños que esas violaciones les causaron y que además, se les repare de manera oportuna por el daño que han sufrido como consecuencia del delito o hecho victimizante que las ha afectado o de las violaciones de derechos humanos que han sufrido, comprendiendo medidas de rehabilitación, restitución, compensación, satisfacción y medidas de no repetición.

ACREDITACIÓN DE LA CALIDAD DE VÍCTIMA EN EL PRESENTE CASO

121. Los artículos 4 de la Ley General de Víctimas y 5 de la Ley de Víctimas para el Estado de Baja California, señalan que se denominarán víctimas directas aquellas personas físicas que hayan sufrido algún daño o menoscabo económico, físico, mental, emocional, o en general cualquier puesta en peligro o lesión a sus bienes jurídicos o derechos como consecuencia de la comisión de un delito o violaciones a sus derechos humanos reconocidos en la Constitución y en los Tratados Internacionales de los que el Estado mexicano sea parte. Asimismo, refiere que son víctimas indirectas los familiares o aquellas personas físicas a cargo de la víctima directa que tengan una relación inmediata con ella.

122. Al finalizar este Organismo Estatal su investigación con la comparecencia de **V** y **VI** en fecha 11 de noviembre de 2024, tiene como acreditada la calidad de víctima directa a **V** y de víctima indirecta a **VI**, esposo de **V**, en los términos que mencionan los preceptos legales antes referidos, derivado del agravio cometido en su contra por el personal médico del HGT y la FGE;

123. La CEDHBC considera procedente la reparación de los daños ocasionados a **V** y **VI**, en los términos siguientes:

⁴² Artículos 7 fracción II y 26

⁴³ Artículos 25 al 27

a. Medidas de rehabilitación

124. Se deberá proporcionar a **V** y **VI** la atención psicológica que requiera por personal profesional especializado para brindarle la atención integral en psicología, psiquiatría y/o tanatología, previo consentimiento, por las violaciones a derechos humanos que dieron origen a la presente Recomendación, la cual deberá brindarse por personal especializado de forma continua, gratuita, atendiendo a la edad y necesidades particulares de la víctima, hasta su total rehabilitación psíquica y emocional.

125. De no contar con personal especializado que dé seguimiento continuo e integral por el tiempo que sea necesario, deberá canalizarse a una institución pública o privada para que continúe con la atención, sin que de ninguna manera los gastos queden a cargo de la víctima.

b. Medidas de compensación

126. Por lo que respecta a las medidas de compensación o indemnización, esta garantía consiste en reparar el daño causado, sea material o inmaterial, y permite compensar con un bien útil la pérdida o menoscabo de un bien de la misma naturaleza e incluso de una diferente.

127. Por lo que atendiendo a los principios de complementariedad y enfoque transformador contemplados en los artículos 5 párrafos sexto y décimo tercero de la Ley General de Víctimas, 6 fracciones II y VI de la Ley de Víctimas para el Estado de Baja California resulta fundamental tomar en consideración que su propósito es contribuir de manera complementaria con las demás medidas reparatorias a la superación de las condiciones de victimidad mediante un efecto combinado, que garantice a las víctimas el acceso a elementos de empoderamiento y resiliencia, así como a la no repetición de los hechos.

128. En el presente caso deberá realizarse la compensación a que haya lugar en coordinación con la Comisión Ejecutiva Estatal de Atención Integral a Víctimas de Baja California a **V** **VI**, por concepto de la reparación del daño sufrido, en los términos establecidos por la Ley General de Víctimas, la Ley de Víctimas para el Estado de Baja California y las normas internacionales

aplicables, al acreditarse violaciones a los derechos humanos, a la protección de la salud de la víctima.

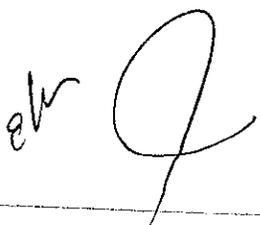
c. Medidas de satisfacción

129. Las medidas de satisfacción tienen la finalidad de dignificar a las víctimas mediante la reconstrucción de la verdad, así como reparar un daño inmaterial y que no tienen naturaleza pecuniaria. De acuerdo con lo dispuesto por los artículos 73, fracción V de la Ley General de Víctimas y 57, fracción V de la Ley de Víctimas para el Estado de Baja California, se puede realizar mediante la aplicación de sanciones judiciales o administrativas a los responsables de violaciones a derechos humanos.

130. Esta Comisión Estatal advierte que la Carpeta de Investigación 1 fue determinada a través de una resolución en la que se señaló el no ejercicio de la acción penal por la prescripción de esta, de manera que la CEDHBC solicita a la Fiscalía de Contraloría y Visitaduría de la Fiscalía General del Estado de Baja California el inicio de la investigación administrativa en contra de las personas servidoras públicas que tuvieron a su cargo la integración de la carpeta de investigación 1.

131. Asimismo, este Organismo Estatal solicita a la Secretaría de Salud que instruya a quien corresponda para que se realice una revisión integral en el Hospital General de Tijuana de los procedimientos internos que se realizan para el llenado de las constancias que integran los expedientes clínicos, a efecto de verificar que estos cumplan con las disposiciones de la NOM-004-SSA3-2012.

132. Finalmente, deberán hacer pública la presente Recomendación a través de los medios de difusión masiva, es decir, portales institucionales en las páginas web y de redes sociales, los cuales deberán ser visibles y de fácil acceso hasta el total cumplimiento de los puntos recomendatorios.



d. Medidas de no repetición

133. Con respecto a las medidas de no repetición, estas consisten en implementar las medidas que sean necesarias para conseguir que los hechos violatorios a derechos humanos no se repitan. En este sentido, se recomienda que se diseñen e impartan en el HGT cursos de capacitación en materia de derechos humanos de las mujeres, especialmente en el tema de violencia obstétrica, así como en la debida observancia de la NOM-007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida y la NOM-004-SSA3-2012 sobre expedientes clínicos, los cuales deberán ser impartidos por personal especializado, con perspectiva de género y con énfasis en el trato digno hacia las mujeres embarazadas y pacientes.

134. Asimismo, se tomen las medidas necesarias para que se garantice que el personal que labora en las áreas de recepción, trabajo social y en la unidad de urgencias médicas del Hospital General de Tijuana, lleven a cabo el registro oportuno y adecuado de cada uno de los pacientes que solicita el servicio de urgencias médicas.

135. En consecuencia, la CEDHBC se permite formular respetuosamente a la Secretaría de Salud y a la Fiscalía General del Estado de Baja California, las siguientes:

V. RECOMENDACIONES A LA SECRETARÍA DE SALUD

PRIMERA. En un plazo no mayor a un mes, en coordinación con la Comisión Ejecutiva Estatal de Atención Integral a Víctimas de Baja California, realice el acercamiento con **V** y **VI** para brindarles la atención integral en psicología, psiquiatría y/o tanatología, previo consentimiento, por las violaciones a derechos humanos que dieron origen a la presente Recomendación, la cual deberá brindarse por personal especializado de forma continua, gratuita, atendiendo a la edad y necesidades particulares de las víctimas, hasta su total rehabilitación psíquica y emocional.

el 

De no contar con personal especializado que dé seguimiento continuo e integral por el tiempo que sea necesario, deberá canalizarse a una institución pública o privada para que continúen con la atención, sin que de ninguna manera los gastos queden a cargo de las víctimas. Una vez realizado lo anterior, remita a este Organismo Estatal el plan de atención a la salud mental que se brindará a las víctimas, previo consentimiento, para el cumplimiento correspondiente.

SEGUNDA. En un plazo no mayor a cinco meses posteriores a la aceptación de la presente Recomendación, impulse, en coordinación con la Comisión Ejecutiva Estatal de Atención Integral a Víctimas de Baja California, la elaboración del dictamen correspondiente que determine las medidas para reparar de manera integral el daño ocasionado a **V** y **VI**, conforme a las violaciones a derechos humanos descritas y acreditadas en la presente; mismo que deberá atender a la gravedad de los hechos, que incluya el monto de una compensación justa, considerando el lucro cesante, daño inmaterial y daño al proyecto de vida, en términos de la Ley General de Víctimas y la Ley de Víctimas para el Estado de Baja California. Hecho lo anterior, envíe a este Organismo Estatal las constancias que acrediten su cumplimiento.

TERCERA. En un plazo no mayor a tres meses, impartan a todo el personal operativo y administrativo adscrito al Hospital General de Tijuana, cursos de capacitación en materia de prevención de violencia obstétrica, la NOM-007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida y la NOM-004-SSA3-2012 sobre expedientes clínicos.

La capacitación podrá impartirse por una organización de la sociedad civil o institución académica o bien, por personal capacitado en materia de perspectiva de género y con énfasis en el trato digno hacia las mujeres embarazadas y pacientes. Una vez realizado lo anterior, deberá remitir las constancias que acrediten el cumplimiento correspondiente.

CUARTA. En un plazo no mayor a quince días, gire instrucciones a todo el personal operativo adscrito a los distintos nosocomios del Estado para que

adopten las medidas necesarias que garanticen la debida integración de los expedientes clínicos que se generan con motivo de la atención médica, con especial énfasis en el llenado completo de los rubros, tales como nombre y firma del médico responsable, a la luz de la legislación nacional e internacional y las normas oficiales mexicanas correspondientes. Una vez realizado lo anterior, remita las constancias que lo acrediten a este Organismo Estatal.

QUINTA. En un plazo no mayor a diez días, informe a este Organismo Estatal si con motivo de los hechos materia de la presente Recomendación, en el momento oportuno se ordenó la implementación de acciones internamente o se dio vista al órgano interno de control, por las omisiones en que incurrieron las personas servidoras públicas adscritas al HGT, debiendo remitir las constancias que lo acrediten.

En caso de no haberse realizado lo anterior, se solicita ordene hacer del conocimiento la presente Recomendación al Órgano Interno de Control a efecto de que, en el ámbito de sus atribuciones determine lo conducente, debiendo remitir a este Organismo Estatal las Constancias que así lo acrediten.

SEXTA. En un plazo no mayor a quince días, implemente las medidas que garanticen que todo el personal que labora en las áreas de recepción, trabajo social y en la unidad de urgencias médicas del Hospital General de Tijuana, con la finalidad de que lleven a cabo el registro de cada uno de los pacientes que solicita el servicio de urgencias médicas. Una vez realizado lo anterior, remita las constancias que lo acrediten a este Organismo Estatal.

SÉPTIMA. En un plazo no mayor a dos meses, deberá instruir a quien corresponda para que se realice una revisión integral en cada uno de los nosocomios públicos de Baja California, a los procedimientos internos que se realizan para el llenado de las constancias que integran los expedientes clínicos, a efecto de verificar que estos cumplan con las disposiciones de la NOM-004-SSA3-2012. Una vez realizado lo anterior, deberá remitir las constancias que acrediten lo anterior.

OCTAVA. En un plazo no mayor a diez días, deberá hacerse pública la presente Recomendación a través de los medios de difusión masiva, es decir, portales

institucionales en las páginas web y de redes sociales, los cuales deberán ser visibles y de fácil acceso hasta el total cumplimiento de los puntos recomendatorios, una vez realizadas estas acciones envíen a este Organismo Estatal las pruebas de cumplimiento correspondientes.

NOVENA. En un plazo no mayor a diez días, designe a una persona servidora pública para que funja como enlace con la Comisión Estatal, para dar seguimiento al cumplimiento de la presente Recomendación, y en caso de ser sustituido, notifique oportunamente mediante oficio dicha determinación.

VI. RECOMENDACIONES A LA FISCALÍA GENERAL DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA

PRIMERO. En un plazo no mayor a quince días remita la presente Recomendación a la Fiscalía de Contraloría y Visitaduría de la Fiscalía General del Estado de Baja California, solicitando el inicio de la investigación administrativa en contra de los servidores públicos que tenían a cargo la responsabilidad de llevar a cabo una investigación oportuna, diligente e imparcial con relación a la Carpeta de Investigación 1. Una vez realizado lo anterior, remita a este Organismo Estatal las constancias que lo acrediten.

SEGUNDA. En un plazo no mayor a diez días, deberá hacerse pública la presente Recomendación a través de los medios de difusión masiva, es decir, portales institucionales en las páginas web y de redes sociales, los cuales deberán ser visibles y de fácil acceso hasta el total cumplimiento de los puntos recomendatorios, una vez realizadas estas acciones envíen a este Organismo Estatal las pruebas de cumplimiento correspondientes.

TERCERA. En un plazo no mayor a diez días, designe a una persona servidora pública para que funja como enlace con la Comisión Estatal, para dar seguimiento al cumplimiento de la presente Recomendación, y en caso de ser sustituido, notifique oportunamente mediante oficio dicha determinación.

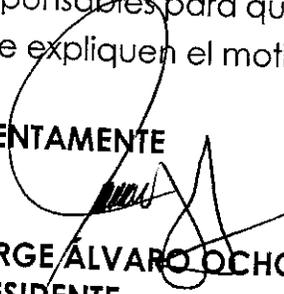
136. La presente Recomendación tiene el carácter de pública, de conformidad con lo dispuesto por el apartado B del artículo 102 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y 47 de la Ley de la CEDHBC se emite con el propósito fundamental, tanto de hacer una

declaración respecto de una conducta irregular cometida por servidores públicos en el ejercicio de las facultades que expresamente le confiere la Ley, como de obtener, en términos de lo que establece el artículo 1, párrafo tercero constitucional la investigación que proceda por parte de la dependencia administrativa o cualquier otra autoridad competente, para que, en el marco de sus atribuciones, aplique la sanción conducente y se subsane la irregularidad de que se trate.

137. Asimismo, de conformidad con el artículo 47, último párrafo, de la Ley de la CEDHBC y 129 de su Reglamento Interno, se solicita que la respuesta sobre la aceptación de esta Recomendación, en su caso, sea informada dentro del término de **diez días hábiles** siguientes a su notificación, cabe resaltar, que no es dable aceptar parcialmente las Recomendaciones que emita este Organismo Público Autónomo. Asimismo, las constancias que acrediten el cumplimiento de cada uno de los puntos recomendatorios, deberán remitirse en los plazos establecidos contados a partir de la aceptación de la presente Recomendación.

138. Por otro lado, este Organismo Estatal hace del conocimiento que las Recomendaciones que no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o servidores públicos, la CEDHBC quedará en libertad de hacer pública precisamente esa circunstancia y, con fundamento en los artículos 102, Apartado B, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como el artículo 48 de la Ley de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Baja California y 129 del Reglamento Interno, la Legislatura Local podrá llamar a las autoridades o servidores públicos responsables para que comparezcan ante dicho órgano legislativo, a efecto de que expliquen el motivo de su negativa.

ATENTAMENTE


JORGE ALVARO OCHOA ORDUÑO
PRESIDENTE


COMISIÓN
ESTATAL DE LOS
DERECHOS
HUMANOS
DE BAJA CALIFORNIA
PRESIDENCIA

C.c.p. Víctimas

C.c.p. Alfredo Álvarez Cárdenas, Secretario General de Gobierno del Estado, con atención a la Comisión Estatal Ejecutiva de Atención Integral a Víctimas de Baja California