



FISCALÍA GENERAL DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA  
**RECIBIDO**  
 11:00 Hrs  
 26 NOV 2024  
**RECIBIDO**  
 Fiscalía General del Estado de Baja California  
 FISCALÍA ESPECIALIZADA EN DERECHOS HUMANOS

DEPENDENCIA	FISCALÍA GENERAL DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA
SECCIÓN	OFICINA DE LA TITULAR
NO. OFICIO	FGE/BC/OT/6932/2024
EXPEDIENTE	

**ASUNTO:** Se informa Recomendación 09/2024 de la CEDHBC. Mexicali, Baja California, a 25 de noviembre de 2024.

**LIC. JOSÉ ÁNGEL VIZCARRA REYNOSO**  
**FISCALÍ ESPECIALIZADO EN DERECHOS HUMANOS**  
**DE LA FISCALÍA GENERAL DEL ESTADO**  
**PRESENTE. -**

Por medio del presente, anteponiendo un cordial saludo, por instrucciones de la Dra. Ma. Elena Andrade Ramírez, Fiscal General del Estado de Baja California, adjunto al presente remito a usted oficio sin número, recibido en fecha 23 de noviembre del año en curso, expedido por el C. Jorge Álvaro Ochoa Orduño, Presidente de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Baja California, por medio del cual, informa que ha examinado los elementos del 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 medica en agravio de la víctima que tuvo como consecuencia el fallecimiento de su hijo antes del nacimiento, atribuible a personal del Hospital General de Tijuana.

Así mismo, informa que el 13 de diciembre de 2017, la víctima presento una denuncia ante el Módulo Orientación Zona Río, 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.

En consecuencia, expone una serie de hechos, evidencias, observaciones y recomendaciones en su contenido para cumplimiento por parte de la Secretaría de Salud como por esta Fiscalía General del Estado.

En seguimiento a lo anterior, le solicito de la manera más atenta que de acuerdo con sus facultades y atribuciones realice el análisis correspondiente a la presente recomendación y resuelva lo que conforme a derecho corresponda, debiendo informar a esta oficina dentro del término de CINCO DIAS HABILES las acciones brindadas para su atención y debido seguimiento, lo anterior con la finalidad de estar en condiciones de brindar una respuesta a la autoridad solicitante.

Lo anterior con fundamento en los artículos 69 de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Baja California, 3, 4, 8, 9, 14 y 24 de la Ley Orgánica de la Fiscalía General del Estado de Baja California, en relación con los numerales 5, 8, 14, 15, 33 y demás relativos aplicables del Reglamento de la Ley Orgánica de esta Fiscalía.

Sin otro particular, aprovecho la ocasión para reiterarle mi más atenta y distinguida consideración.



**ATENTAMENTE**  
**SECRETARIA PARTICULAR DE LA**  
**FISCALÍA GENERAL DEL ESTADO**

*P.A.*  
 LIC. LILIANA MEZA PÉREZ

FISCALÍA GENERAL DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA

**ESPACHADO**  
 25 NOV 2024  
**ESPACHADO**  
 OFICINA DE LA TITULAR

C.c.p.- Lic. Rafael Orozco Vargas. - Fiscal Central de la Fiscalía General del Estado. - Para su conocimiento y efectos de ley (copias).  
 C.c.p.- Lic. Jesús Manuel López Moreno. - Director Jurídico de la Fiscalía General del Estado. - Para su conocimiento y efectos de ley (copias).  
 C.c.p.- archivo/minutarlo  
 LMP/rghg



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**

**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 publicidad<sup>1</sup>. 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.

FISCALÍA GENERAL DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA  
**RECIBIDO**  
25 NOV 2024  
16:25  
OFICINA DEL TITULAR

<sup>1</sup> 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; artículo 16 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.

**RECIBIDO**  
25 NOV 2024  
a y d ph

1  
8 1

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:

Denominación	Abreviatura
Hospital General de Tijuana	HGT, nosocomio
Centro de Salud Mesa de Otoy, 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

et

2

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

Claves	Denominación
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 1993<sup>2</sup>, este Organismo tiene competencia:

<sup>2</sup> 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>

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

Claves	Denominación
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 1993<sup>2</sup>, este Organismo tiene competencia:

<sup>2</sup> 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 reparados.

## 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 Olay, 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 gestación<sup>3</sup>. 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.

<sup>3</sup> Embarazo. Parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del conceptus 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: "placenta<sup>4</sup> 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.

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

eh  
Q

5  
R R

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:

er  
Q

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

ek

8

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.

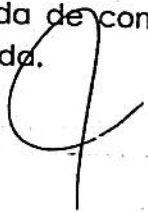
29. Informe justificado de 9 de marzo del 2018, rendido por **AR2**, mediante el cual narró su versión de los hechos que dieron origen a la Queja.

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.

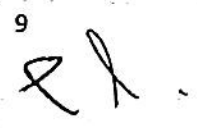
31. Dictamen Médico de 31 de enero del 2019, realizado por el perito médico legista adscrito a la CEDHBC estableció la existencia de elementos de convicción para determinar que hubo negligencia médica en la atención que V recibió por parte del personal adscrito al Hospital General de Tijuana.

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.

el



9



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

- 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 adecuado<sup>34</sup>.

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

<sup>34</sup> <http://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"<sup>35</sup>.

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 médica<sup>36</sup>.

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

<sup>35</sup>Observación 14, Comité de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Disponible en: <https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Publications/FactSheet31sp.pdf>

<sup>36</sup> 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"<sup>37</sup>.

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

<sup>37</sup> Corte IDH, Caso Alán Cornejo y otros, Vs. Ecuador, Fondo Reparaciones y Costas, Sentencia de 22 de noviembre de 2007, Serie C No. 171, párr. 66.

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 Fetal<sup>38</sup> y la Guía para el llenado de los Certificados de Defunción y Muerte Fetal<sup>39</sup> 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

<sup>38</sup> [http://www.dgls.salud.gob.mx/descargas/seed/pdf/Manual\\_Llenado\\_CD\\_CMF\\_2022\\_20220930.pdf](http://www.dgls.salud.gob.mx/descargas/seed/pdf/Manual_Llenado_CD_CMF_2022_20220930.pdf)

<sup>39</sup> [https://www.inegi.org.mx/inm/inre/php/catalog/394/download/21433http://www.dgls.salud.gob.mx/descargas/seed/pdf/Manual\\_Llenado\\_CD\\_CMF\\_2022\\_20220930.pdf](https://www.inegi.org.mx/inm/inre/php/catalog/394/download/21433http://www.dgls.salud.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 hechos<sup>40</sup>.

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 intelectuales<sup>41</sup>.

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".

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

<sup>41</sup> 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 Víctimas<sup>42</sup> y la Ley de Víctimas para el Estado de Baja California<sup>43</sup> 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.

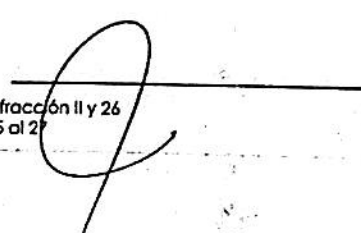
### ACREDITACIÓN DE LA CALIDAD DE VÍCTIMA EN EL PRESENTE CASO

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:

*eh*

  
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 o 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.

et



32  
P l

#### **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.

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

ok





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 ÁLVAROCALDA ORDUÑO  
PRESIDENTE



*el* e.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