



RECOMENDACIÓN 11/2024

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES AL DERECHO A LA SALUD, A LA VIDA, LA INTEGRIDAD PERSONAL Y AL PROYECTO DE VIDA, QUE TUVO COMO CONSECUENCIA EL FALLECIMIENTO DE V, ATRIBUIBLE A PERSONAL DEL HOSPITAL GENERAL DE TIJUANA, BAJA CALIFORNIA

Tijuana, Baja California, a 30 de diciembre del 2024

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

DR. JOSÉ ADRIÁN MEDINA AMARILLAS
SECRETARIO DE SALUD DEL ESTADO

MTRA. MA. ELENA ANDRADE RAMÍREZ
FISCAL GENERAL DEL ESTADO

1. La Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Baja California ha examinado los elementos contenidos en el expediente de Queja **CEDHBC/TIJ/Q/343/2018/3VG** relacionado con el caso de violaciones a los derechos humanos a la protección a la salud, a la vida, la integridad personal y al proyecto de vida, por la *mala praxis* médica en agravio de **V**, atribuible a personal del Hospital General de Tijuana adscrito a la Secretaría de Salud del Estado de Baja California y el derecho de acceso a la justicia por la falta de investigación oportuna y diligente atribuible a personal de la Fiscalía General del Estado de Baja California.

2. Con el propósito de proteger los datos identificables 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 cual 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 2/54 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.



3. Para facilitar la lectura de 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	Acrónimo
Hospital General de Tijuana	HGT, nosocomio
Unidad de Cuidados Intensivos	UCI
Nutrición Parental Total	NPT
Fiscalía General del Estado de Baja California	FGE
Instituto de Servicios de Salud del Estado de Baja California	ISESALUD
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
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	CPEUM

4. De igual manera, se presentará 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, 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 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 la vida, la integridad personal y al proyecto de vida.

8. En razón de la persona, ya que los hechos denunciados se atribuyen a autoridades y servidores públicos que en su momento estuvieron adscritos a la Secretaría de Salud del Estado de Baja California.

9. En relación a lo anterior, no pasa desapercibido para este Organismo Estatal que el 5 de septiembre de 2023, se publicó en el Diario Oficial de la Federación el Convenio de Coordinación que establece la forma de colaboración en materia de personal, infraestructura, equipamiento, medicamentos y demás insumos asociados para la prestación de servicios de salud, para las personas sin seguridad social en el Estado de Baja California, que celebran la Secretaría de Salud, Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR) y el Estado de Baja California, y que este fue modificado 19 de marzo de 2024, estableciendo que para el ejercicio fiscal del año 2025, el Gobierno del Estado deberá transferir al IMSS-BIENESTAR los recursos destinados a la atención integral gratuita médica y hospitalaria con medicamentos y demás insumos asociados a las personas sin afiliación a las instituciones de seguridad social en el Estado de Baja California³.

10. Por lo que, la CEDHBC observa que, a partir del año 2025, la Secretaría de Salud del Estado de Baja California trasladará por completo su competencia en la administración de los hospitales generales de la entidad. En consecuencia, la facultad para dar cumplimiento a la presente Recomendación deberá ser transferida al programa IMSS-BIENESTAR. Asimismo, este Organismo Estatal notificará a la CNDH para que pueda acordar lo conducente respecto al seguimiento de la presente Recomendación, una vez que se cumpla el plazo establecido en el Acuerdo en mención.

11. En razón del lugar, porque los hechos ocurrieron en el territorio del Estado de Baja California.

³ https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5720572&fecha=19/03/2024#gsc.tab=0

12. 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, en concordancia con el artículo 83 del Reglamento Interno de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos, 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 11/2024 y cuyas afectaciones a los derechos humanos de la víctima continúan sin ser reparadas.

II. HECHOS

13. El 17 de abril del 2018, este Organismo Estatal inició el expediente CEDHBC/TIJ/Q/343/2018/3VG con motivo de la Queja que presentó **V1**, en la que indicó que, el 23 de agosto de 2017 a las 3:10 horas **V** fue intervenida quirúrgicamente en el HGT, realizándole una cesárea⁴, con intervención de **AR1**, **AR2** y **AR3**, derivado del embarazo de su tercer hijo, así como la realización de un procedimiento quirúrgico para no tener más embarazos (oclusión tubárica bilateral)⁵. La **V** fue dada de alta el 25 de agosto del 2017, prescribiéndole antibióticos y analgésicos.

14. Desde que **V** egresó del Hospital, presentó dolor, inflamación permanente y vómito, razón por la cual acudió en diversas ocasiones a los Servicios de Urgencias Médicas del mismo nosocomio, donde previa revisión únicamente le prescribían medicamento para contrarrestar el dolor, manifestándole que con el tiempo sanaría su herida.

15. Al transcurrir ocho meses sin lograr restablecerse **V**, decidió acudir a un establecimiento particular a realizarse una radiografía, la cual arrojó la presencia de un cuerpo extraño (textiloma)⁶ así como perforación de intestino.

⁴ Cesárea. -Es una intervención quirúrgica que permite el nacimiento de un bebé a través del abdomen de la madre. <https://www.reproduccionasistida.org/cesarea/>

⁵ Oclusión tubárica bilateral, es un método de anticoncepción permanente o definitivo que se realiza en aquellas mujeres que tienen el número de hijos deseado y no quieren tener más embarazos. <https://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/planificacion-familiar/oclusion-tubaria-bilateral>.

⁶ Textiloma. es un término utilizado para describir una masa formada por textiles quirúrgicos olvidados al interior de un paciente y la reacción a un cuerpo extraño que los rodea

16. El 13 de abril del 2018 a las 12:00 horas, **V** ingresó al Servicio de Urgencias Médicas del HGT, con dolor abdominal e inflamación, con salida de líquido purulento (pus) por lesión en cicatriz, fue ingresada al departamento de Ginecología y Obstetricias del nosocomio, donde luego de la exploración inicial por personal médico y estudios ultrasonográficos, se confirmó la presencia de material quirúrgico en su cavidad abdominal.

17. El 14 de abril del 2018 a las 21:00 horas, **V** fue ingresada a quirófano para una laparotomía exploratoria⁷, encontrando textil quirúrgico adherido con lesiones intestinales y abundante material purulento, por lo que se procedió al lavado de cavidad abdominal, además de remover parte del intestino.

18. Debido a su delicado estado de salud, el 16 de abril del 2018, **V** fue ingresada a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), donde requirió vigilancia y cuidados especiales, así como alimentación nutricional parental.

19. En los días posteriores, **V** continuó presentando fuga intestinal, desnutrición, sepsis abdominal⁸, así como neumonía nosocomial⁹ por lo que, derivado de su diagnóstico y su evolución desfavorable, **V** fue reintervenida quirúrgicamente en tres ocasiones posteriores, en fecha 30 de abril, el 4 y 15 de mayo del 2018. El 5 de junio del 2018 a las 04:35 horas, la víctima falleció por choque séptico¹⁰, sepsis abdominal y desnutrición severa, de acuerdo con el acta de defunción emitida.

III. EVIDENCIAS

20. Acta circunstanciada del 18 de abril de 2018, en la que se hizo constar la comparecencia de **V1** ante esta CEDHBC, mediante la cual presentó Queja en

⁷ Laparotomía. Es una intervención quirúrgica utilizada con el fin de evaluar el estado de los órganos internos ubicados en el abdomen. <https://centromedicoabc.com/procedimientos/laparotomia-exploratoria/>

⁸ Sepsis abdominal; La sepsis abdominal es una condición médica seria que ocurre cuando la respuesta inmunitaria del cuerpo a una infección en el abdomen es tan extrema que puede provocar daño en los tejidos, fallo orgánico y, potencialmente, la muerte. Biblioteca Nacional de Medicina Medline plus.

⁹ Neumonía nosocomial; una infección de los pulmones que se presenta durante una hospitalización. Biblioteca Nacional de Medicina Medline plus.

¹⁰ Choque séptico; La septicemia es una afección grave en la que el cuerpo responde de manera incorrecta a una infección. Los procesos que combaten infecciones se activan en el cuerpo y hacen que los órganos no funcionen correctamente. La septicemia puede avanzar y convertirse en un choque séptico. Biblioteca Nacional de Medicina Medline plus.

contra de personas servidoras públicas del HGT adscritos a la Secretaría de Salud del Estado de Baja California.

21. Acta circunstanciada del 18 de abril del 2018 en la que se certificó la comunicación telefónica con **V1**, quien refirió que personal del HGT le solicitó un medicamento (ampolleta) que requería **V**, ya que no contaban con él.

22. Oficio CEDHBC/TIJ/398/2018/4VG de 18 de abril del 2018, mediante el cual este Organismo Autónomo solicitó al Secretario de Salud la aplicación de medidas cautelares, consistentes en garantizar el más alto nivel de salud, así como brindar atención y tratamientos oportunos a **V**.

23. Oficio 0000525 de 20 de abril del 2018, suscrito por el Titular de la Unidad de Asuntos Jurídicos de ISESALUD¹¹, por medio del cual se instruyó a dar cumplimiento a las medidas cautelares solicitadas por este Organismo Estatal.

24. Oficio 00226/2018 de 20 de abril del 2018, suscrito por **AR4**, mediante el cual hizo constar que **V** se encontraba grave y que se contaba con los insumos necesarios para su atención.

25. Acta circunstanciada del 25 de mayo del 2018, mediante la cual se hizo constar entrevista a **V**.

26. Acta circunstanciada del 25 de mayo del 2018, mediante la cual se hizo constar que personal de este Organismo Estatal se entrevistó con personal médico del HGT, quienes refirieron que el estado de salud de **V** era grave.

27. Informe justificado del 4 de junio del 2018, rendido por **AR4**, mediante el cual narró su versión de los hechos.

28. Expediente clínico de **V** integrado en el HGT, del cual se destacan las siguientes constancias en el orden en el cual se certificaron:

¹¹ Instituto de Servicios de Salud del Estado de Baja California se crea como un organismo público descentralizado del Gobierno del Estado el 15 de diciembre de 1997.

- a. Documento denominado hoja frontal del 22 de agosto del 2017, suscrita por **SP2**, del Departamento de Ginecología y Obstetricia en la que se encuentra registrado el diagnóstico de **V** el cual se describe como embarazo de 39.5, cesárea iterativa¹², paridad satisfecha¹³.
- b. Hoja de alta informada del 25 de agosto de 2017, suscrita por **SP2**, en el que consta que el tratamiento quirúrgico que se efectuó a **V** es cesárea tipo Kerr.
- c. Nota médica del 23 de agosto de 2017 suscrita por **AR1** y **AR2** en la que se describe el diagnóstico prequirúrgico.
- d. Nota postquirúrgica del 23 de agosto del 2017, suscrita por **AR1** y **AR2** por medio de la cual se hizo constar como diagnóstico post quirúrgico, parto único por cesárea más paridad resuelta.
- e. Hoja de atención médica del servicio de urgencia del HGT de 13 de abril del 2018, por medio del cual consta como impresión diagnóstica, dehiscencia de herida quirúrgica.
- f. Nota de reingreso al servicio de Ginecología y Obstetricia del HGT del 13 de abril del 2018, realizada por **AR1** en la que se asentó que la paciente ingresó por presentar dolor abdominal crónico con salida de líquido purulento no fétido por orificio de herida con dolor en marco cólico y pérdida de peso.
- g. Solicitud y registro de operación quirúrgica del 14 de abril del 2018, elaborada por **AR1**, por medio de la cual consta que "se ingresa a **V** a sala de quirófano se coloca en decúbito dorsal, se realiza asepsia y antisepsia de región abdominal [...] se realiza incisión

¹² Cesárea iterativa; es la que se practica en una paciente con antecedentes de dos o más cesáreas https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/11089/Cesarea_Segura_2014.pdf

¹³ Paridad satisfecha; es el derecho que tienen las parejas a decidir cuantos hijos tener y a someterse a una cirugía, sea Salpingectomía en mujeres o Vasectomía en hombres, cuando decidan no tener más embarazos. Prodeleg.

infraumbilical se disecciona por planos hasta llegar a cavidad abdominal, encontrando sub oclusión intestinal [...]¹⁴”.

- h.** Nota postquirúrgica del 15 de abril del 2018, elaborada por **SP3**, en la cual se estableció que se procede a liberar intestino delgado encontrándose perforación a 40 cm de treitz¹⁵ procede a lavarse con solución NaCl 0.9 a liberarse asa proximal de delgado o mediante técnica Brook.
- i.** Nota de Ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos, del 16 de abril del 2018 suscrita por **SP5**, quien indicó que se ingresó a ese servicio tras intervenir por cuerpo extraño durante revisión de cavidad abdominal.
- j.** Nota postoperatoria, del 30 de abril del 2018, elaborada por **SP6** en la que se hizo constar entre otras cosas que a **V** le fue encontrado materia fecal pastosa en hueco pélvico, se realiza colostomía, colocando drenaje.
- k.** Resumen clínico del 2 de mayo de 2018, suscrito por **SP7**, jefa de UCI, mediante el cual asentó que **V** ingresó a ese servicio tras intervención quirúrgica, donde se evidenció perforación intestinal secundaria a textiloma¹⁶, tras cesárea, teniendo como complicación desnutrición proteica calórica severa.
- l.** Nota preoperatoria del 4 de mayo del 2018, elaborada por **SP6**, mediante la cual se hizo constar como diagnóstico preoperatorio de **V**, colostomía¹⁷ fuga intestinal.

¹⁴ Sub oclusión intestinal Término médico que se refiere a un bloqueo parcial del lumen de un órgano tubular como el intestino. Diccionario médico Universidad de Navarra.

¹⁵ El músculo de Treitz es una estructura en realidad músculo-ligamentosa que se dirige desde el pilar diafragmático derecho del esófago hasta la unión duodeno-yeyunal Diccionario médico Universidad de Navarra.

¹⁶ Textiloma; Masa compuesta por una matriz de algodón que es olvidado en una cavidad, posterior a una intervención quirúrgica. Elsevier, revista de medicina e investigación.

¹⁷ Colostomía; Abertura en el vientre (pared abdominal) que se realiza durante una cirugía. Por lo general, se necesita una colostomía porque un problema está causando que el colon, no funcione correctamente.

<https://www.comunidad.madrid/hospital/puertadehierro/ciudadanos/escuela-ostomial/> enciclopedia-ostomía-colostomía

- m. Nota de reingreso a UCI de 18 de mayo del 2018, por medio de la cual se hizo constar que **V** presentó lesión intestinal con drenaje de material a cavidad, se estableció nutrición parental total (NPT).¹⁸
 - n. Nota de evolución de cirugía general, del 30 de mayo del 2018, elaborada por **SP6** en la que se asentó que **V** no cuenta con NPT debido a que el HGT no lo ha conseguido y el familiar no lo encuentra por sus medios.
 - o. Nota de defunción del 5 de junio del 2018, suscrita por personal del servicio de cirugía general del HGT en la que se señaló que la hora del fallecimiento de **V** fue a las 04:05 horas de ese mismo día y como causa de defunción, choque séptico 1 hora, sepsis abdominal 5 días y desnutrición severa 21 días.
- 29.** Informes justificados del 20, 24 y 25 de julio del 2018, rendidos por **SP2, SP3 y SP7**, mediante los cuales narraron su versión de los hechos.
- 30.** Informes justificados del 1 y 14 de agosto del 2018, rendidos por **SP6 y SP9**, mediante los cuales narraron su versión de los hechos.
- 31.** Informe justificado del 15 de agosto del 2018, rendido por **AR1**, mediante el cual narró su versión de los hechos.
- 32.** Informe justificado del 24 de septiembre del 2018, rendido por **SP10**, mediante el cual narró su versión de los hechos.
- 33.** Informe justificado del 14 de noviembre del 2018, rendido por **SP8**, mediante el cual narró su versión de los hechos.
- 34.** Informe justificado del 15 de noviembre del 2018, rendido por **SP4**, mediante el cual narró su versión de los hechos.

¹⁸ Nutrición Parental Total (NPT) es un método de alimentación que rodea el tracto gastrointestinal. Se suministra a través de una vena, una fórmula especial que proporciona la mayoría de los nutrientes que el cuerpo necesita. Enciclopedia médica Medline Plus.

35. Informe justificado del 19 de diciembre del 2018, rendido por **AR2**, mediante el cual narró su versión de los hechos.

36. Oficio 890/2018 del 21 de diciembre del 2018, suscrito por **AR4** por medio del cual informó que **SP1** terminó su internado rotatorio de pregrado.

37. Informe justificado del 24 de enero del 2019, rendido por **AR3**, mediante el cual narró su versión de los hechos.

38. Oficio del 12 de febrero del 2019, suscrito por personal de la Unidad de Investigación zona La Mesa, por medio del cual remitió constancias de la Carpeta de Investigación 1, en la que destaca por su importancia lo siguiente:

a. Declaración de **T1** del 12 de junio del 2018, por medio de la cual describe el estado de salud de **V** posterior a su cesárea.

b. Declaración de **T2** de 12 de junio del 2018, por medio del cual describió que **V** acudió en diversas ocasiones al Hospital General de Tijuana después de la cesárea.

39. Dictamen médico del 15 de febrero del 2021, suscrito por personal de la Unidad de Servicios Periciales de este Organismo Estatal, a nombre de **V**, haciendo referencia al incumplimiento de previsiones clínicas y obligaciones de medios diagnósticos y terapéuticos establecidos en la *lex artis ad hoc*.

40. Oficio sin número del 2 de agosto del 2024, suscrito por personal de la Unidad de Investigación de Delitos Contra las Personas y su Libertad, por medio del cual informó la situación jurídica de la Carpeta de Investigación 1.

III. SITUACIÓN JURÍDICA

41. El 6 de junio de 2018, la Fiscalía del Estado de Baja California inició la investigación correspondiente, con motivo del fallecimiento de **V**, la cual se radicó en la Unidad de Investigación Zona la Mesa, ahora Unidad de

Investigación de Delitos contra las Personas y su Libertad. El día 2 de agosto del 2024, personal de dicha unidad decretó el no ejercicio de la acción penal en virtud de haber operado la extinción de la acción penal con motivo de la prescripción a favor del imputado (quien resulte responsable), por la probable comisión de los delitos de homicidio y responsabilidad médica y técnica.

IV. OBSERVACIONES

42. Del análisis realizado a las evidencias que integran el expediente CEDHBC/TIJ/343/2018/3VG, en términos de lo dispuesto por el artículo 45 de la Ley de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Baja California, con un enfoque lógico y jurídico de protección a las víctimas, así como a los estándares nacionales e internacionales en materia de derechos humanos, se cuenta con elementos suficientes que permiten acreditar violaciones a los derechos humanos a la salud, a la vida, la integridad personal y el proyecto de vida.

A. DERECHO A LA SALUD CON RELACIÓN AL DERECHO A LA VIDA

43. El derecho a la vida es un derecho humano fundamental, cuyo goce es un prerequisite para el disfrute de todos los demás derechos humanos¹⁹, implica obligaciones desde lo negativo y lo positivo, es decir, no sólo presupone que ninguna persona sea privada de su vida arbitrariamente, sino que se adopten todas las medidas apropiadas para proteger y preservar el derecho a la vida, conforme al deber de garantizar el pleno y libre ejercicio de los derechos de todas las personas bajo la jurisdicción del Estado²⁰.

44. Además, esta CEDHBC resalta que el derecho a la vida se encuentra directa e inmediatamente vinculado con la atención a la salud, por lo que la falta de atención médica adecuada puede implicar la vulneración de ambos derechos.

¹⁹ Artículos 6.1. del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 4.1. de la Convención Americana sobre Derechos Humanos.

²⁰ Corte IDH. Caso Honorato y otros Vs. Brasil. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 27 de noviembre de 2023. Serie C No. 508., párr. 82

45. El artículo 4º párrafo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, reconoce que toda persona tiene derecho a la protección de la salud²¹. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente, entendida la salud no solo como la ausencia de afecciones o enfermedades, sino también como un estado completo de bienestar físico, mental y social²².

46. El derecho a la salud recibe una atención especial y un ámbito de protección reforzada cuando su titular es una mujer, que además se encuentre en el embarazo, parto o puerperio. En razón que, muchas mujeres corren peligro de muerte o pueden adquirir alguna discapacidad por circunstancias relacionadas con la calidad de los servicios médicos a los que pueden acceder²³.

47. El Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, refiere que la protección al derecho a la salud de las mujeres implica “que la mujer tiene derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental”²⁴.

48. La Corte IDH ha establecido como un deber del Estado “asegurar el acceso de las personas a servicios esenciales de salud, garantizando una prestación médica de calidad y eficaz, así como de impulsar el mejoramiento de las condiciones de salud de la población”²⁵, como parte del acceso al derecho a la salud, también ha señalado “que todos los servicios, artículos e instalaciones de salud deben cumplir con requisitos de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad”²⁶.

49. En este sentido, es importante manifestar que el derecho a la salud es un derecho cuya efectividad no se limita a su enunciación programática, sino que entraña el cumplimiento de obligaciones relacionadas con la práctica de

²¹ En el mismo sentido, lo consultado en: SCJN, Semanario Judicial de la Federación, Primera Sala, Décima Época 1º/J. 8/201 Derecho a la protección de la Salud. Dimensiones Individual y Social, Registro digital: 2019358

²² CrIDH. Caso Brítez Arce y Otros Vs Argentina. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 16 de noviembre de 2022. Par. 60 y CEDAW. Recomendación General No 24: Artículo 12 CEDAW, “La Mujer y la Salud” 1999, párr.21

²³ Informe de la Cuarta Conferencia Mundial Sobre la Mujer. Disponible en: <https://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20S.pdf>

²⁴ Ibidem, párrafo 27

²⁵ CEDAW. Recomendación General No 24: Artículo 12 CEDAW, “La Mujer y la Salud” 1999, Parr.21

²⁶ CrIDH. Caso Poblete Vilches y otros Vs. Chile. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 8 de marzo de 2018, párr. 118

²⁷ CrIDH. Caso Poblete Vilches y otros Vs. Chile. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 8 de marzo de 2018, párr. 120.

conocimientos, habilidades, valores, destrezas y en suma cualquier competencia que permita a la persona profesional de la medicina garantizar que pondrá todos los medios técnicos y cognitivos a su alcance para que el paciente evolucione lo más favorable posible al resultado que busca el *lex artis ad hoc*, esto es, la adecuada praxis médica.

50. Ahora bien, es preciso diferenciar entre acto médico, *mala praxis* médica y *lex artis ad hoc*:

Acto médico	
<p>Conjunto de acciones realizadas por un profesional de la salud que recibe un usuario o paciente dentro de los servicios de salud, cuyo objetivo es la recuperación del paciente²⁷.</p>	<p>La profesionalidad consiste en que la atención médica sólo podrá ser llevada a cabo por aquellas personas con los conocimientos debidos para ello.</p> <p>La ejecución típica estandarizada hace referencia a que la atención médica deberá prestarse bajo estándares que sean reconocidos como válidos por la ciencia médica y atendiendo a la <i>lex artis ad hoc</i>.</p> <p>La licitud de la atención médica consiste en que se dé con apego a la <i>lex artis ad hoc</i>, a la normativa correspondiente y que se haya recabado el consentimiento del paciente.</p>
Lex artis ad hoc	
<p>Se compone por el conjunto de reglas para el ejercicio médico contenidas en la literatura universalmente aceptada, en las cuales se establecen los medios ordinarios para la atención médica y los criterios para su empleo.</p>	<p>El personal médico tiene un deber razonable de cuidado y además deben tener un mínimo de conocimiento y habilidades especiales.</p> <p>Actuar conforme a los conocimientos vigentes: Los profesionales de la salud deben aplicar sus conocimientos médicos actualizados, basados en la ciencia y en los recursos disponibles, para garantizar una atención adecuada a cada paciente en sus circunstancias particulares.</p> <p>Uso de protocolos establecidos: En México, los médicos deben seguir los protocolos y lineamientos de tratamiento</p>

²⁷ Artículo 32 y 39 de la Ley General de Salud con relación al artículo 5 de la CPEUM

	<p>establecidos por las Normas Oficiales Mexicanas (NOM), que recogen las buenas prácticas médicas en diversas áreas.</p> <p>Responsabilidad médica: La actuación de un profesional que no sigue la <i>lex artis</i> puede derivar en responsabilidad legal si su conducta negligente causa daño al paciente.</p>
<i>Mala praxis médica</i>	
<p>Se refiere a cualquier conducta inadecuada, negligente o descuidada de un profesional de la salud durante el ejercicio de su labor, que causa daño a un paciente.</p>	<p>La <i>mala praxis</i> puede involucrar errores en el diagnóstico, tratamiento o intervención quirúrgica, así como omisiones en los cuidados necesarios. En términos legales, la <i>mala praxis</i> es tratada como un incumplimiento de los deberes profesionales, que puede resultar en responsabilidad civil, penal o administrativa.</p>

51. Con base en lo anterior, se puede concluir que la *praxis* médica es deficiente por imprudencia, descuido, negligencia o impericia cuando la persona profesional de la medicina no cumple con sus obligaciones de aportar los medios necesarios a fin de encaminar al paciente a las condiciones necesarias para preservar la vida y lograr su salud. Estas deficiencias son propiamente las conductas que, por acción u omisión, constituyen la violación del derecho humano a la salud desde el ámbito de competencia del personal médico del sector de salud pública.

52. La Ley General de Salud, en el artículo 61, fracción I²⁸, dispone que la atención materno fetal es de carácter prioritario y deberá brindarse durante el embarazo, parto y puerperio. Las etapas del embarazo, parto y puerperio constituyen un proceso fisiológico y multidimensional de las mujeres, **en el que se debe proteger su vida y su salud**, así como respetar y garantizar su autonomía, dignidad y derechos humanos. Desde esta perspectiva, la maternidad, además del aspecto médico, involucra las nociones de equidad y violencia de género.

²⁸ <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf>

a. Inadecuada atención médica otorgada a V por personal del HGT

53. Al momento de los hechos la víctima era una mujer con 27 años de edad, madre de dos niños y que se encontraba en el término de su quinto embarazo, ya que previamente había sufrido dos abortos de los cuales fue necesario practicarle cesárea, es decir, hasta ese momento había sido sometida en cuatro ocasiones a dicho procedimiento quirúrgico, por lo que requería que se le practicara una cesárea iterativa²⁹ como método de alumbramiento y, de manera voluntaria, había decidido que se le practicara una obstrucción tubárica, como método anticonceptivo permanente.

54. El 22 de agosto de 2017, la víctima ingresó al Hospital General de Tijuana con diagnóstico de embarazo de 39.5 semanas de gestación y el 23 de agosto del mismo año, **AR1**, **AR2** y **AR3** llevaron a cabo el procedimiento quirúrgico de cesárea iterativa por medio de la cual nació su hija sin complicaciones aparentes, además se llevó a cabo la obstrucción tubárica en la matriz de **V**.

55. El 25 de agosto de 2017 fue dada de alta del nosocomio, sin embargo, refirió que tenía dolor en el área de la cesárea y que se sentía débil, con dificultad para caminar, situación que fue complicándose con el transcurso de los días, hasta que la herida comenzó a supurar y padecer de fiebres³⁰.

56. En este contexto, la víctima expresó haber acudido en diversas ocasiones al área de urgencias del HGT por dolor y malestar abdominal constante, sin embargo, al no haber registros oficiales de las atenciones que se le brindaron, únicamente fue posible constatar por lo menos dos atenciones en las que el personal del nosocomio le prescribió medicamento para el manejo de infección en la herida de la cesárea.

57. La salud de **V** continuaba deteriorándose, por lo que decidió acudir a un servicio médico particular y realizarse una radiografía, la cual permitió establecer la presencia de un cuerpo extraño (textil) y perforación de intestino.

²⁹ Cesárea iterativa. Es la que se practica en una paciente con antecedentes de dos o más cesáreas.

³⁰ Párrafo que describe de manera general lo manifestado por T1 en su declaración ante este Organismo Estatal.

58. El 13 de abril del 2018 a las 12:00 horas, **V** ingresó al Servicio de Urgencias Médicas y posteriormente al servicio de Ginecología y Obstetricia del HGT, por persistir la sintomatología, principalmente dolor, fue atendida por personal del área, quien la diagnosticó con dolor abdominal con salida de material purulento³¹ por orificio de herida y pérdida de peso, ordenando la realización de exámenes de laboratorio, así como una tomografía axial computarizada (TAC), **la cual mostró la presencia de material quirúrgico conocido como gasa**, así como una lesión en el intestino, por lo que, el 14 de abril del 2018 a las 21:00 horas, **V** fue sometida a una cirugía (laparotomía exploratoria) para el retiro del textiloma, intervención que fue realizada por **SP3 y AR1** en el HGT.

59. Al realizar el procedimiento de laparotomía exploratoria en la cavidad abdominal, se encontró conglomerado de gasas adheridas tanto en intestino grueso como el delgado, contaminado con pus, lo que causó erosión en dichos órganos y fue necesario cortar segmentos del intestino que se encontraban dañados para posteriormente ser reconectados.

60. Una vez concluida la intervención quirúrgica, el 16 de abril de 2018, **V** ingresó a la Unidad de Cuidados Intensivos. Según nota de ingreso, **SP3** indicó continuar esquema de antibióticos, vigilancia de herida quirúrgica y drenaje. Sin embargo, el 30 de abril del 2018 nuevamente se le realizó laparotomía exploratoria, encontrando fuga de materia fecal pastosa en hueco pélvico, según nota postoperatoria elaborada por **SP6**.

61. En los días subsecuentes, **V** permaneció en la Unidad de Cuidados Intensivos, siendo necesario implementar nutrición parental, sin embargo, **V** continuó presentando náuseas, vómitos y no toleraba la ingesta oral, además de secreción purulenta. Ante dicho escenario, fue intervenida quirúrgicamente el 4 y 15 de mayo del 2018. Los médicos advirtieron fuga de material intestinal, contaminación abdominal y una pared intestinal muy dañada. El 5 de junio de 2018, la víctima falleció alrededor de las 04:35 horas por choque séptico³², sepsis abdominal y desnutrición severa, de acuerdo con el acta de defunción emitida.

³¹ La dehiscencia en la herida es cuando parte o la totalidad de la herida se abre. Diccionario Médico Navarra

³² Choque séptico; La septicemia es una afección grave en la que el cuerpo responde de manera incorrecta a una infección. Los procesos que combaten infecciones se activan en el cuerpo y hacen que los órganos no funcionen correctamente. La septicemia puede avanzar y convertirse en un choque séptico. Biblioteca Nacional de Medicina Medline plus.

62. La CEDHBC advierte que son tres momentos que deben analizarse para establecer las deficiencias que hubo en la atención médica que se le brindó a **V**, **la primera derivada de la cesárea practicada el 23 de agosto de 2017; luego, la falta de atención médica oportuna en el área de urgencias médicas y, la atención médica que recibió durante el tiempo que estuvo internada en el HGT a partir del 13 de abril de 2018**, como consecuencia de un manejo quirúrgico inadecuado y falta de cuidado durante la cesárea realizada el 23 de agosto de 2017, (es decir casi 8 meses previos).

b. Mala praxis médica durante la cesárea practicada a V

63. De conformidad con la literatura médica vigente, la compresa o gasa quirúrgica es fácilmente olvidado por su tamaño pequeño, por la cotidianidad de su uso y el hecho de que al impregnarse de sangre puede camuflajearse en los tejidos circundantes. La retención de una gasa o compresa recibe distintos nombres entre ellos guasona, muslinoma, gossypiboma y textiloma, siendo este último el más utilizado en México.

64. El 23 de agosto de 2017, **AR1** fue el médico responsable de la intervención quirúrgica practicada a **V**, quien manifestó ante este Organismo Estatal que derivado de la misma se obtuvo “[...]un recién nacido de sexo femenino el cual respiró y lloró al nacer, mismo que se le hace entrega al pediatra. Posteriormente aún estando en cirugía, me llamó a quirófano un médico interno de pregrado con carácter urgente, solicitando revisar otra paciente la cual se encontraba en trabajo de parto [...], por tal razón salí de quirófano quedándose a cargo de concluir el procedimiento quirúrgico **AR2**”.

65. **AR2** era médico residente de tercer año, lo que significaba que se encontraba entrenándose en una especialidad médica en particular, en este caso ginecología, aunque los residentes ya tienen un nivel avanzado de formación, aún deben seguir trabajando bajo la supervisión de un médico especialista.

66. La NOM-001-SSA3-2012, en Educación de Salud para la Organización y Funcionamiento de Residencias Médicas, aplicable al momento que ocurrieron los hechos, establece que los médicos residentes durante su adiestramiento clínico, quirúrgico o de campo estarán sujetos a las indicaciones y a la asesoría de los profesores y médicos adscritos de la unidad médica receptora, pues además dentro del quirófano es finalmente el cirujano la mayor autoridad dentro de todo procedimiento médico.

67. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos se pronunció al respecto en la Recomendación General 15/2009, "sobre el derecho a la protección de la salud" en la que destacó que: [...], la carencia de personal de salud, (...), genera de manera significativa que estudiantes de medicina o de alguna especialidad presten el servicio de salud a derechohabientes [...], sin la supervisión adecuada, lo que en algunos casos trae como resultado daños en la salud de las personas, los cuales llegan al grado de ser irreparables [...].

68. En muchos casos, el personal médico titular delega su responsabilidad en internos de pregrado para atender determinados padecimientos o, incluso, urgencias médicas, sin el apoyo y la supervisión del titular, lo que aumenta de manera significativa el riesgo de que se cause un daño irreparable a la salud de los pacientes, debido a que carecen de los conocimientos y la práctica necesaria para hacer frente a determinadas circunstancias.

69. La NOM Para la Organización y Funcionamiento de Residencias Médicas³³, especifica que si bien las personas médico residentes son profesionales de la medicina, lo cierto es que cursan un período de capacitación e instrucción, por ello requieren supervisión y guía en sus actividades bajo la dirección de su titular, jefe de servicio y/o médico.

70. De acuerdo con la declaración de **AR1**, luego de atender el caso urgente para el cual fue requerido previo a concluir el procedimiento quirúrgico de **V**,

³³ NOM-001-SSA3-2012 Para la Organización y Funcionamiento de Residencias Médicas, vigente al momento de los hechos. Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284147

regresó a la sala de cirugía para continuar, sin embargo, se percató de que **AR2** ya había cerrado la pared abdominal, narrando lo siguiente:

[...]le pregunté al médico residente que se quedó a cargo del procedimiento por los pormenores durante mi ausencia y a la enfermera circulante [...] que es responsable del recuento de gasas, compresas y material y fue que me informaron que todo se concluyó con éxito, que el conteo de gasas y compresas estuvo completo y que no hubo ningún incidente [...] dimos por concluido dicho procedimiento [...].

71. Por su parte, **AR2** manifestó que **AR1** ingresó nuevamente a la sala de cirugía para preguntar sobre los pormenores del acto médico, una vez que él ya había realizado el cierre por planos de la incisión, procedió con lo siguiente: “[...] realizando la cuenta verbal y visual de gasas, compresas y material en donde se determina que la cuenta es completa coincidiendo con el conteo inicial [...]”, haciendo referencia a 10 gasas y 6 compresas, es decir, primero realizó el cierre de la cavidad abdominal y posteriormente realizó el conteo.

72. Al respecto, **AR3** manifestó en su informe justificado que, alrededor de las 02:53 horas del 23 de agosto de 2017, ya estando en quirófano, procedió a ponerle las batas a los doctores y a realizar el conteo de materiales textiles de manera visual y verbal, en voz alta junto con un médico en turno y en presencia de los demás asistentes en el procedimiento, obteniendo un total de 10 gasas y 6 compresas. Posteriormente, continuó con la narración de lo que sucedió durante el procedimiento quirúrgico:

[...] el médico dio inicio a la cesárea, para obtener a las 3:10 horas, un recién nacido de sexo femenino, el cual se pasó al pediatra inmediatamente para sus cuidados inmediatos, [...] el médico continuó con la cesárea para así posteriormente realizar la salpingoclasia bilateral, verificó que no hubiera hemorragia en la paciente, realizó el recuento del material textil, la cual se realiza nuevamente en conjunto de manera verbal y visual [...] con un conteo final coincidente con el inicial, dando por concluido el procedimiento.

73. Asimismo, **AR3** resaltó que el hospital no contaba con personal suficiente para integrar equipos quirúrgicos completos, de manera que el médico gineco obstetra estaba a cargo de todo el servicio, solamente apoyado por los médicos residentes y personal de enfermería, además, que no se contaba con personal de enfermería instrumentista, quienes se especializan en preparar todos los materiales estériles, asistir a los médicos cirujanos y proporcionar el material necesario durante toda la intervención, así como contar el material textil e instrumental quirúrgico antes de cerrar cavidad.

74. Este Organismo Estatal reconoce que la escasez de personal en el Hospital General de Tijuana plantea desafíos significativos, no solo genera una carga laboral excesiva para el equipo médico, sino que también resulta en un servicio hospitalario que no alcanza los estándares de eficiencia, idoneidad y oportunidad, sin embargo, aunque se trata de un factor que puede influir en la calidad del servicio a la salud, no justifica legalmente una *mala praxis* médica.

75. En el caso de hospitales con poco personal, aunque la sobrecarga laboral y las condiciones adversas pueden ser factores que obstaculicen la eficacia del servicio prestado, los médicos y demás personal siguen teniendo la obligación de proporcionar un nivel razonable de atención. Si las condiciones impiden cumplir con esta obligación, el hospital como institución puede ser responsable de tomar medidas correctivas, como reubicar personal o derivar pacientes a otras instalaciones, no obstante, la falta de recursos o personal no exonera a los profesionales de la salud o a las instituciones de su deber de cuidado.

76. En el caso *sub judice*, si bien **AR1**, **AR2** y **AR3** hicieron referencia a la falta de personal, también se advirtió que conocían las funciones que como equipo quirúrgico debían desempeñar para llevar a cabo los procedimientos operatorios a **V**, por lo que tenían la obligación de desempeñar el acto médico conforme los estándares de la *lex artis ad hoc*.

77. De acuerdo con las declaraciones de las autoridades responsables, **AR1** tuvo que ausentarse previo a realizar la segunda intervención quirúrgica, consistente en un método anticonceptivo permanente, lo cual es coincidente con la declaración de **AR2**. No obstante, **AR3** únicamente hizo referencia a un

médico presente durante toda la intervención operatoria. En cualquier escenario, **AR1** tenía la obligación de supervisar el procedimiento quirúrgico realizado por **AR2**, darle instrucciones y asesorarlo, de manera que no cerrara la cavidad abdominal de **V** sin antes haber recibido su aprobación en calidad de máxima autoridad dentro del quirófano.

78. Por otro lado, este Organismo Estatal advirtió que **AR2** manifestó que, luego de haber realizado el procedimiento de oclusión tubárica bilateral, inició el cierre de la cavidad abdominal por planos y posteriormente, se realizó el conteo de instrumentos e insumos médicos.

79. El manual de procedimientos sobre las técnicas de enfermería en la unidad quirúrgica de la Ciudad de México³⁴ establece como parte de las funciones de enfermería verificar el conteo de material, gasas, compresas, agujas e instrumental, conjuntamente con la enfermera circulante, esto antes de iniciar la reconstrucción de la incisión quirúrgica del derechoabiente o usuario.

80. El conteo de las gasas es una actividad propia del equipo de enfermería, sin embargo, un error de esta naturaleza recae en la persona del cirujano a cargo de la intervención, quien debió verificar el retiro de todo elemento extraño en el cuerpo de la paciente antes de cerrar la cavidad abdominal, existiendo entonces una responsabilidad compartida, entre **AR1**, **AR2** y **AR3**, puesto que en el interior de la cavidad abdominal de **V** fue encontrado material quirúrgico, denominado textiloma, lo cual demuestra una *mala praxis médica* durante la operación debido a la falta de cuidado y diligencia para llevar a cabo un procedimiento quirúrgico a la luz de la *lex artis ad hoc*.

81. Por lo anteriormente expuesto se concluye que los textilomas son eventos adversos prevenibles, advirtiéndose responsabilidad conjunta del equipo quirúrgico, quienes incurrieron en negligencia debido a la falta de adopción de precauciones en la atención que se le brindó a la víctima, como lo señaló la

³⁴ <https://salud.cdmx.gob.mx/storage/app/media/uploaded-files/2te010enlaunidadquirurgica.pdf>

perita médica adscrita a la CEDHBC, en el dictamen médico, concluyendo lo siguiente:

[...] en la atención médica otorgada a **V**, si existe evidencia pericial del incumplimiento de previsiones clínicas y obligaciones de medios diagnósticos y terapéuticos establecidos en la *lex artis*³⁵. Esto durante la primera cirugía en la cual se olvidó un textil en cavidad abdominal [...].

b. Consecuencias derivadas de la omisión de prestar el servicio médico con la debida diligencia en perjuicio de V

82. El 25 de agosto de 2017, la víctima fue dada de alta a pesar de referir que tenía dolor en el área de la cesárea y caminar con dificultad. Los días posteriores sólo dieron pauta al agravamiento de su salud, perdió el apetito y, por ende, comenzó a presentar fatiga, debilidad y dolor abdominal constante. Además, **V** se percató que la herida relativa a la cesárea que le practicaron, no cicatrizaba, por lo que acudió en diversas ocasiones al área de Servicios de Urgencias Médicas del Hospital General de Tijuana, no obstante, se limitaron a prescribirle medicamento y decirle que sanaría con el tiempo³⁶.

83. Transcurrieron ocho meses, la herida comenzó a supurar y **V** presentaba fiebres, además de los síntomas descritos. Su hermano, **T2**, la acompañó en diversas ocasiones a consulta en el HGT, pero el 12 de abril del 2018, tras haberse realizado una radiografía de manera particular, tuvo conocimiento de que había material quirúrgico en el abdomen de **V** y que, su intestino se encontraba perforado.

84. La víctima se trasladó de inmediato al HGT, para recibir atención médica de urgencia, sin embargo, el personal que la atendió desestimó que se tratara de un caso urgente, como lo describe **T2**:

³⁵ La *Lex artis*, hace referencia al modo en que un profesional sanitario reacciona ante las complicaciones que se encuentra en cada intervención.

³⁶ Párrafo que describe de manera general lo manifestado por **T1** en su declaración ante este Organismo Estatal.

[...] le dije a **V** que era urgente que la lleváramos al HGT, por lo que ese mismo día la llevamos a urgencias con la radiografía que le habían sacado, pero el personal del hospital nos dijo que no tenían camillas para atenderla por lo que regresé a **V** a su casa [...].

85. Con relación a lo anterior, **V1** presentó a este Organismo Estatal, como dato de prueba, dos recetas médicas suscritas por personal del HGT, de fecha 5 de abril y 12 de abril del 2018, de ambas se advierte que diagnosticaron a **V** con náuseas e infección, prescribiéndole medicamento. Sin embargo, destaca la fecha del 12 de abril de 2018 por ser el día en que **V** acudió al HGT con la radiografía que mostraba material quirúrgico en su cavidad abdominal y aún así, no se atendió como una urgencia médica.

86. La retención de compresas ocurre con mayor frecuencia en la cavidad abdominal o pélvica, generalmente después de cirugías ginecológicas o abdominales superiores; los textilomas intraabdominales son una iatrogenia³⁷ del personal médico en actos quirúrgicos, sus complicaciones comprometen la salud de los pacientes, la sintomatología es variable, ya que hay personas que no presentan síntomas o que aparecen meses después, tales como astenia, adinamia o pérdida de peso.

87. Este Organismo Estatal observa que en el expediente clínico de **V** no obra registro alguno de las atenciones brindadas por el personal médico en el Servicio de Urgencias Médicas del HGT. En consecuencia, no hay ninguna nota que documente el método clínico utilizado para sustentar el diagnóstico de infección y náuseas, señalado en las dos prescripciones del 5 y 12 de abril de 2018.

88. Por lo que, es importante enfatizar en la importancia de registrar adecuadamente todas las atenciones proporcionadas en el área de urgencias del Hospital General de Tijuana. Este registro detallado no solo garantiza la transparencia y continuidad en la atención médica, sino que también permite a los médicos acceder a la información de tratamientos previos, facilitando un

³⁷ De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades iatrogénicas pueden ser definidas como reacciones adversas a los fármacos o complicaciones inducidas por intervenciones médicas no farmacológicas.

diagnóstico más preciso y un seguimiento clínico adecuado. Contar con registros completos y actualizados es fundamental para proporcionar a los pacientes una atención médica integral, ya que **permite abordar sus necesidades de salud de manera oportuna, minimizando riesgos de errores, omisiones o diagnósticos tardíos.**

89. La CEDHBC advierte con preocupación las omisiones en las que incurrió el personal médico del Servicio de Urgencias del HGT, toda vez que de haber brindado a la víctima una atención médica adecuada, oportuna y de calidad, practicándole estudios de gabinete encaminados a un diagnóstico preciso, se habría aumentado la posibilidad de recuperación en favor de **V**. Lastimosamente, la víctima falleció derivado de las complicaciones que trajeron consigo las compresas de gasas olvidadas en su abdomen.

90. De acuerdo con la perita médica de esta CEDHBC, se apreció diferimiento injustificado de la atención médica requerida para el estado clínico que presentaba la **V**, al haber recibido atención médica en diversas ocasiones antes de su último internamiento, en donde no se realizó un diagnóstico etiológico, lo cual retrasó el diagnóstico oportuno.

91. Además, como se advirtió en la Recomendación 9/2024 emitida por esta Comisión, la falta de registros en el área de urgencias también obstaculizó la investigación de este Organismo Autónomo para determinar la responsabilidad de las personas servidoras públicas que omitieron brindar a **V** una atención médica oportuna. 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, **AR4**, por la falta de registros y atención médica oportuna e integral que tuvo como consecuencia el fallecimiento de **V**, contraviniendo lo establecido en los artículos 51 de la Ley General de Salud, así como 48 y 73 del Reglamento de la Ley General de Salud, además de los numerales 5.3, 5.4, 6.2.1 y 6.2.2 de la Norma Oficial Mexicana sobre la Atención en los Servicios de Urgencias Médicas.

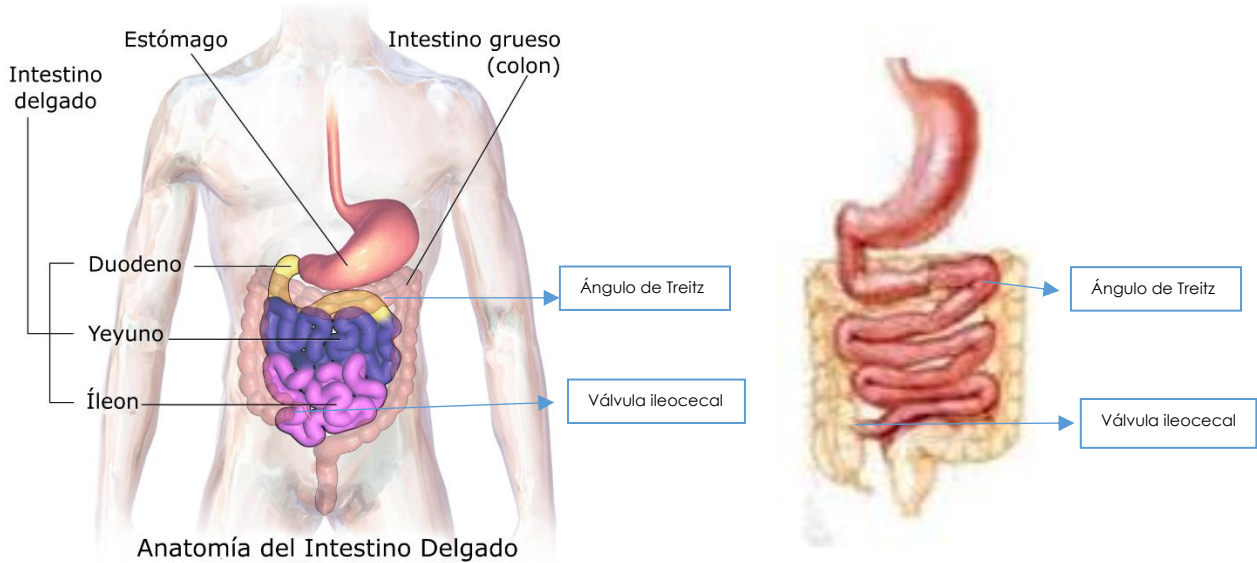
c. Sobre la atención médica que V recibió a partir del 13 de abril de 2018

92. El 13 de abril de 2018, la **V** acudió nuevamente al HGT, en esta ocasión le practicaron diversos estudios de gabinete y la internaron en el nosocomio debido al deterioro en su estado de salud, con el siguiente diagnóstico: “[...] dolor abdominal de larga evolución de intensidad leve que ha ido en aumento con presencia de eritema aumento de volumen y temperatura local en sitio de cicatriz con salida de líquido inflamatorio por lesión en cicatriz quirúrgica previa [...]”.

93. El estudio de radiografía de abdomen, practicado el 13 de abril de 2018 en el HGT, mostró la presencia de textil quirúrgico; **AR4**, en su informe justificado lo atribuyó a la cesárea realizada por el mismo personal a su cargo ocho meses atrás.

94. El 14 de abril de 2018 a las 21:00 horas, la **V** fue ingresada al quirófano y derivado de la cirugía se encontró en la cavidad abdominal un conglomerado de gases emplastrado con lesiones intestinales de 70 cm del ángulo de treitz a 10 cm de válvula ileocecal y en colon sigmoides. Por lo que, se procedió a realizar una anastomosis, es decir, un procedimiento quirúrgico que consiste en conectar dos extremos del intestino que han quedado después de extirpar una parte del mismo.

95. En las imágenes a continuación, obtenidas del buscador de Google, se observa la ubicación del ángulo de Treitz y la válvula ileocecal. Entre estos puntos se localizó el material quirúrgico, lo que ocasionó las lesiones intestinales que hicieron necesaria la extirpación de una porción del intestino delgado.



96. El 16 de abril del 2018, **V** fue trasladada a la Unidad de Cuidados Intensivos, sin embargo, el 30 de abril de 2018, los médicos advirtieron nuevamente datos de fuga intestinal, por lo que fue sometida a otro procedimiento quirúrgico. A esto se sumaban otras complicaciones clínicas como derrame pleural, desnutrición y sepsis abdominal, así como datos de probable neumonía.

97. Posteriormente, el 4 de mayo de 2018, la **V** fue sometida a otra intervención clínica de lavado abdominal debido a fuga intestinal por dehiscencia³⁸ de cierre en sigmoides, por lo que se realizó colostomía y aseo de cavidad abdominal. De acuerdo con el resumen clínico y el informe justificado de **AR4**, se sumó al estado de salud de **V**, la desnutrición, esteatosis y falla hepática relacionada con tiempo de nutrición parental.

98. La cuarta intervención quirúrgica fue el 15 de mayo de 2018, nuevamente por fuga intestinal, encontrando una perforación a 40 cm del ángulo de treitz, por lo que se le practicó a **V** una yeyunostomía, procedimiento quirúrgico que consiste en crear una abertura abdominal y en el yeyuno, una parte del intestino delgado para la colocación de una sonda de alimentación.

³⁸ Dehiscencia de sutura: Despegamiento de los tejidos, artificialmente unidos mediante suturas, por fallo técnico, que conduce a la separación de los bordes de la sutura y a la fuga del contenido orgánico que tenga. Suele referirse a las suturas del aparato digestivo y génito-urinario y conllevan una complicación quirúrgica habitualmente grave. Disponible en: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/dehiscencia-sutura>

99. Con relación a lo anterior, la opinión médica realizada por la perita médica adscrita a este Organismo Estatal y de las constancias que integran el expediente clínico de **V**, se constató que de las intervenciones quirúrgicas se presentaron múltiples dehiscencias, además de las resecciones (cortes intestinales) lo que llevó a la patología conocida como síndrome de intestino corto³⁹, con altos índices de mortalidad por las complicaciones que conlleva la alimentación del paciente.

100. El 25 de mayo de 2018, personal de la CEDHBC logró entrevistar brevemente a **V**, quien manifestó tener aproximadamente un mes y medio internada en el HGT sin tener mucha mejoría, a pesar de haber sido intervenida quirúrgicamente en cuatro ocasiones, ya que a partir de la cesárea que le practicaron nueve meses atrás, comenzó a sentirse mal, acudió en diversas ocasiones al HGT y solo le comentaban que tenía una infección y le daban pastillas, hasta que comenzó a salirle excremento por la cesárea fue que la internaron.

101. Este Organismo Estatal advirtió que durante el tiempo que estuvo internada en el HGT, hubo diversas situaciones que se traducen en la falta de atención médica de calidad:

- a.** Primero, la integración desorganizada del historial clínico, ya que las fechas de las notas médicas se encuentran sin orden cronológico, además, la omisión de llenar cada uno de los rubros contenidos en las mismas.
- b.** En la nota médica del 17 de abril de 2018, se desprende que el expediente original relativo a la cesárea del 23 de agosto de 2017 estaba perdido.
- c.** La falta de insumos clínicos señalada por **V1** el 18 de abril de 2018 ante este Organismo Estatal y como se desprende de la nota médica del 30 de mayo de 2018, la cual refiere la falta de los mismos medicamentos, sin embargo, **AR4** informó en contestación a las medidas cautelares emitidas por este Organismo Estatal, el 20 de

³⁹ El síndrome del intestino corto es una afección que ocurre cuando falta parte del intestino delgado o lo han extirpado durante una cirugía. Biblioteca Nacional de Medicina Medline Plus.

abril de 2018, que contaban con todos los insumos necesarios para atender a **V**.

102. Con relación al expediente clínico de **V**, este Organismo Estatal recuerda el criterio de la Corte IDH “[...]en términos generales, es evidente la relevancia del expediente médico, adecuadamente integrado, como 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”.

103. Por lo que, la omisión de integrar adecuadamente el historial clínico, constituyó un obstáculo para conocer los antecedentes médicos de la víctima y así, poder brindar un tratamiento oportuno; vulnerando el derecho a una atención médica integral de calidad.

104. Con relación a la falta de insumos clínicos, es importante resaltar que **V** se encontraba recibiendo alimentación parental, reposición de líquidos y electrolitos, así como cantidades mínimas de alimentación enteral, sin embargo, no se lograba alcanzar los nutrientes no solo por el estado de la paciente que no permitía administrar las cantidades calóricas necesarias, sino, porque el hospital no contaba con los suministros para la alimentación parental. Situación que requirió la intervención de este Organismo Estatal, quien consideró apremiante la emisión de medidas cautelares, a efecto de que no cesara la alimentación que **V** requería y se suministrara la atención médica necesaria para salvaguardar su integridad y vida.

105. La nota de evolución de cirugía general del 30 de mayo del 2018, elaborada por **SP6** se advierte lo siguiente: “por el momento la paciente no cuenta con NPT debido a que el hospital no lo ha conseguido y el paciente no lo encuentra por sus medios (familiar)”. Por su parte en el informe rendido por **SP7** respecto a la alimentación manifestó “[...]durante su estancia hubo necesidad de solicitar al almacén estatal nutrición parental, dado que en esos momentos no se contaba con este material en el hospital [...]”.

106. Igualmente, en la opinión médica emitida por este Organismo Estatal se observó que la nutrición parental debe iniciarse únicamente una vez que la paciente está hemodinámicamente estable y los requerimientos de líquidos son constantes. La nutrición parental total se asocia con disfunción hepática en hasta el 30% de los enfermos críticos que la reciben.

107. Del expediente clínico de **V**, se observó que desarrolló insuficiencia hepática secundaria a la alimentación parental y debido a su estado crítico fue reportada como grave, por lo que personal médico tuvo que suspender dicha alimentación al no ser ya tolerada. La **V** permaneció en cuidados intensivos desde el 16 de abril del 2018, hasta el 5 de junio del 2018 lugar donde falleció.

108. Las evidencias presentadas acreditan la vulneración de los derechos a la protección de la salud, la vida y la integridad personal de **V**. Como se expuso anteriormente, la cesárea, un procedimiento quirúrgico que debía asociarse con un momento significativo para la madre, resultó en el deterioro de su salud y posterior fallecimiento, debido a la falta de supervisión de **AR1**, y las omisiones en las que incurrieron **AR2** y **AR3**; sumado a las deficiencias estructurales como falta de personal y falta de insumos clínicos atribuible institucionalmente a **AR4**.

109. La negligencia médica de **AR1**, **AR2** y **AR3** desencadenó una serie de complicaciones médicas en detrimento de la salud de **V**, acompañado de un diagnóstico tardío, casi ocho meses después el personal del servicio de urgencias decidió practicarle a **V** todos los exámenes de gabinete que se requerían para emitir un diagnóstico acertado y percatarse del textiloma en la cavidad abdominal de la víctima. Durante su internado en el HGT requirió de cuatro intervenciones quirúrgicas por fuga intestinal, derivado de las lesiones causadas por el material quirúrgico, advirtiendo la falta de insumos clínicos y un expediente clínico sin orden cronológico y anotaciones desordenadas, así como falta de información en los rubros de las notas médicas, lo cual es atribuible institucionalmente a **AR4**.

110. Finalmente, el 5 de junio de 2018 a las 4:35 horas, **V** falleció por choque séptico, sepsis abdominal y desnutrición severa. Por lo que este Organismo

Estatal evidenció el incumplimiento de **AR1, AR2, AR3 y AR4** a los principios inherentes a su profesión, vulnerando el derecho a la protección de la salud, la vida y la integridad personal de **V**⁴⁰,

B. DERECHO AL PROYECTO DE VIDA

111. El proyecto de vida ha sido considerado por la Corte IDH como “[...] la realización integral de la persona afectada, considerando su vocación, aptitudes, circunstancias, potencialidades y aspiraciones, que le permiten fijarse, razonablemente determinadas expectativas y acceder a ellas. El proyecto de vida se expresa en las expectativas de desarrollo personal, profesional y familiar, posibles en condiciones normales [...]”⁴¹.

112. La construcción de un proyecto de vida requiere el reconocimiento y valoración de las raíces; la identidad de género, sexual, religiosa, cultural y espiritual; al mismo tiempo requiere entender el funcionamiento del sistema educativo y laboral, así como contar con la información y sobre todo con la agencia para definir libre y autónomamente el futuro que se quiere construir. Esta construcción de futuro debe hacerse en perspectiva individual y como parte de una sociedad común para todas y todos⁴².

113. La Corte IDH ha referido al daño en el proyecto de vida como aquella “pérdida o el grave menoscabo de desarrollo personal, en forma irreparable o muy difícilmente reparable⁴³.

114. Asimismo, ha precisado que la reparación integral del daño al proyecto de vida generalmente requiere medidas reparatorias que vayan más allá de una mera indemnización monetaria, consistentes en medidas de rehabilitación,

⁴⁰ Los artículos XI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre ; 25.1 y 25.2 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, 12.1 y 12.2, inciso a), del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 10.1 y 10.2, inciso a), del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (“Protocolo de San Salvador”), en relación con el artículo 4.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos y 6.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, y 15 contraviniendo los servidores públicos con su actuar lo previsto en los artículos 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; el contenido de la Norma Oficial Mexicana NOM 007- SSA2- 1993, “Atención de la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido. Criterios y Procedimientos para la Prestación del Servicio, vigente durante los hechos que se analizan en el presente pronunciamiento.

⁴¹ Sentencia de 23 de septiembre de 2021 (Reparaciones y Costas), “Caso Familia Julien Grisonas vs Argentina”, párrafos 308.

⁴² El Derecho Humano al Proyecto de Vida. Fundación Iker

⁴³ Idem. Párrafo 308

satisfacción y garantías de no repetición⁴⁴, con una perspectiva especial que tome en consideración los factores interseccionales que coloquen a la víctima en una situación de vulnerabilidad diferenciada.

115. Con la integración del expediente de Queja, materia del presente pronunciamiento, se determinó que **V1** sostenía una relación de pareja con **V**, ejercía la función de padre de **V2 y V3**, y es el padre biológico de **V4**, además fue la persona que hizo del conocimiento a esta Comisión Estatal sobre las posibles violaciones a derechos humanos en perjuicio de **V** por parte del personal del Hospital General de Tijuana.

116. **V** y **V1** sostuvieron una relación de pareja por aproximadamente 6 años, ambos decidieron compartir su vida e integrar a una nueva persona a su familia, como resultado procrearon a **V4**, única hija en común, pues **V** tenía dos hijos de 8 y 6 años, destacando que **V1** expresó ante este Organismo Autónomo que generó un vínculo afectivo con **V2 y V3**, comparable a un vínculo paternal. Sin embargo, luego de que **V** falleciera el 5 de junio de 2018, su familia se desintegró.

117. La madre y el padre de **V**, quienes radican en otra entidad federativa, solicitaron la custodia de sus dos nietos (**V2 y V3**), lo cual obstaculizó la convivencia entre hermanos y se privó a **V1** de convivir con quienes construyó un vínculo paternal, lo cual afectó el proyecto de vida familiar de **V1, V2, V3 y V4**, así como de **V**. En consecuencia, esta Comisión Estatal reconoce la calidad de víctima directa a **V** y de víctimas indirectas a **V1, V2, V3 y V4**.

118. Esta Comisión Estatal considera necesario tomar en cuenta estos aspectos para el análisis integral de las violaciones a derechos humanos y, en el caso concreto, visualizar que **V1** manifestó que únicamente pudo despedirse de **V** en las instalaciones del Servicio Médico Forense (SEMEFO), ya que su cuerpo fue trasladado al Estado de Sinaloa, además, de los obstáculos que enfrentó para la crianza y cuidado de su hija, sumado a la afectación emocional vinculada a la pérdida de su esposa y desintegración de su familia.

⁴⁴ Caso Mendoza y otros Vs Argentina. Excepciones preliminares, Fornos y Reparaciones. Sentencia de 14 de mayo de 2013. Serie C. No.260

119. Considerando lo anterior, este Organismo Estatal estimó conveniente visualizar las afectaciones al proyecto de vida de las víctimas para la emisión de medidas de reparación integral del daño.

C. LA OBLIGACIÓN DE INVESTIGAR A LA LUZ DEL PRINCIPIO DE DEBIDA DILIGENCIA

120. 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 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.

121. 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.

122. 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 prevea⁴⁵.

123. 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

⁴⁵ Corte IDH. Caso Cuéllar Sandoval y otros Vs. El Salvador. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 18 de marzo de 2024. Serie C No. 521., Párrafo 88

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.

124. 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".

125. 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 **V1**.

126. La carpeta de investigación 1 se inició el 6 de junio de 2018 y se dejó de actuar el 21 de abril de 2019, fecha en la que el director del Hospital General de Tijuana remitió el expediente clínico de **V** a la Fiscalía.

127. Posteriormente, el 2 de agosto 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 21 de abril de 2019 hasta el 2 de agosto de 2024, **cinco años, tres meses y doce días**.

128. 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**.

V. REPARACIÓN INTEGRAL DEL DAÑO.

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

130. 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.

131. La Ley General de Víctimas⁴⁶ y la Ley de Víctimas para el Estado de Baja California⁴⁷ 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 como consecuencia del delito o hecho victimizante.

E. ACREDITACIÓN DE LA CALIDAD DE VÍCTIMA EN EL PRESENTE CASO

132. 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.

133. Por lo anterior, la CEDHBC tiene como acreditada la calidad de víctima directa a **V** en los términos que menciona el precepto legal antes referido, ello

⁴⁶ Artículos 7 fracción II y 26

⁴⁷ Artículos 25 al 27

derivado del agravio cometido en su contra por el personal médico del HGT, y en el presente caso, adquieren la calidad de víctimas indirectas **V1, V2, V3, y V4**, por tener una relación directa con **V**, lo cual propicia que sean susceptibles de un impacto en su esfera psicosocial con motivo de las posibles alteraciones en su entorno y su vida familiar.

134. La CEDHBC considera procedente la reparación de los daños ocasionados a **V, V1, V2, V3, y V4**, por lo que, 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

a. Medidas de rehabilitación⁴⁸

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 las víctimas indirectas 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, en el mismo sentido, remitan a este Organismo Estatal las constancias que lo acrediten.

⁴⁸ La rehabilitación busca facilitar a la víctima hacer frente a los efectos sufridos por causa del hecho punible o de las violaciones de derechos humanos, artículo 27 fracción II de la Ley de Víctimas para el Estado de Baja California.

b. Medidas de compensación⁴⁹

SEGUNDA. En un plazo no mayor a cinco meses, 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 **V1, V2, V3 y V4** 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.

c. Garantías de no repetición⁵⁰

TERCERA. En un plazo no mayor a tres meses, imparta a todo el personal operativo adscrito al Hospital General de Tijuana, un curso de capacitación sobre la NOM-EM-001-SSA3-2022 "Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas en establecimientos para la atención médica", publicada en el Diario Oficial de la Federación el 17 de junio de 2022.

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.

⁴⁹ La compensación ha de otorgarse a la víctima de forma apropiada y proporcional a la gravedad del hecho punible cometido o de la violación de derechos humanos sufrida y teniendo en cuenta las circunstancias de cada caso. Ésta se otorgará por todos los perjuicios, sufrimientos y pérdidas económicamente evaluables que sean consecuencia del delito o de la violación de derechos humanos. Artículo 27 fracción III de la Ley de Víctimas para el Estado de Baja California.

⁵⁰ Son aquéllas que se adoptan con el fin de evitar que las víctimas vuelvan a ser objeto de violaciones a sus derechos y para contribuir a prevenir o evitar la repetición de actos de la misma naturaleza, artículo 58 de la Ley de Víctimas para el Estado de Baja California.

CUARTA. En un plazo no mayor a cuatro meses, deberá solicitar al área correspondiente la elaboración de un protocolo de operatividad interna, que permita a los médicos, residentes, personal de enfermería y a todo el personal con responsabilidades operativas dentro de los Hospitales Generales, desempeñar sus funciones acordes a la NOM-EM-001-SSA3-2022, debiendo especificar las acciones a emprender en casos donde no haya personal suficiente. Una vez realizado el protocolo, deberá remitir una copia a este Organismo Estatal.

QUINTA. En un plazo no mayor a seis meses, se realice un diagnóstico de las necesidades materiales, técnicas y de capital humano que requiere el Hospital General de Tijuana para atender la demanda del servicio de salud pública y brindar una atención médica de calidad, asimismo, deberá generar un plan de acción a partir del diagnóstico, en el cual se establezca el presupuesto requerido para solventar las necesidades de manera progresiva en un tiempo no mayor a tres años. Una vez realizado el diagnóstico y el plan de acción, deberá contemplarse en el presupuesto de egresos del siguiente ejercicio fiscal, con la finalidad de hacer del conocimiento al Congreso del Estado de Baja California. Una vez realizado lo anterior, deberá remitir las constancias que acrediten el cumplimiento correspondiente.

d. Medidas de satisfacción⁵¹

SEXTA. 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, y en su caso, remitir las constancias que acrediten el seguimiento o determinación recaída a dichas acciones.

En caso de no haberse realizado lo anterior, se solicita ordene hacer del conocimiento la presente Recomendación al Órgano Interno de Control a

⁵¹ 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.

efecto de que, en el ámbito de sus atribuciones determine lo conducente, debiendo remitir a este Organismo Estatal las constancias que así lo acrediten.

SÉPTIMA. En un plazo no mayor a quince días, gire las instrucciones correspondientes para que la presente Recomendación sea agregada al expediente laboral de las autoridades responsables que aun se encuentren adscritos a la Secretaría de Salud de Baja California. Una vez realizado lo anterior, deberá remitir las constancias que acrediten el cumplimiento correspondiente.

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 envíe 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

a. Medidas de satisfacción⁵²

PRIMERA. 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 las personas servidoras públicas que tenían a cargo la responsabilidad de llevar a cabo una investigación oportuna, diligente e

⁵² La satisfacción busca reconocer y restablecer la dignidad de las víctimas, artículo 27 fracción IV de la Ley de Víctimas para el Estado de Baja California.

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.

135. La presente Recomendación tiene el carácter de pública, de conformidad a 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 cualquiera otras autoridades competentes, para que, en el marco de sus atribuciones, aplique la sanción conducente y se subsane la irregularidad de que se trate.

136. De conformidad con el artículo 47, último párrafo, de la Ley de la CEDHBC y 129 de su Reglamento Interno, le solicito a usted 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, así mismo, las pruebas correspondientes al cumplimiento de la presente recomendación se envíen a esta Comisión Estatal en los plazos establecidos para ello en el capítulo de Recomendaciones, contados a partir de la aceptación de la presente resolución.

137. Cuando las Recomendaciones 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 ÁLVARO OCHOA ORDUÑO
PRESIDENTE

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