



RECOMENDACIÓN No. 5/2016

SOBRE EL CASO DE VIOLACIONES AL DERECHO A LA PROTECCIÓN A LA SALUD EN AGRAVIO DE V1 Y V2, ASÍ COMO EL DERECHO A LA VIDA EN AGRAVIO DE V2, EN EL HOSPITAL GENERAL DE PLAYAS DE ROSARITO Y HOSPITAL GENERAL DE TIJUANA, AMBOS DE BAJA CALIFORNIA.

Tijuana, B. C., a 31 de mayo de 2016.

**DR. FRANCISCO VERA GONZÁLEZ
SECRETARIO DE SALUD Y DIRECTOR GENERAL
DEL INSTITUTO DE SERVICIOS DE SALUD
PÚBLICA DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA**

Distinguido Secretario:

1. La Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Baja California, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero, y 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, 2 párrafo primero, 3, 5, 7 fracciones I, II, IV y VIII, 26, 28, 35, 42, 45 y 47 de la Ley de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Baja California; 1, 9 párrafo primero, 121, 122, 123, 124, 125, 126 y 127 del Reglamento Interno de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Baja California, ha examinado los elementos contenidos en el expediente **CEDHBC/TIJ/858/15/4VG**, relacionado con el caso de V1 y V2.

2. Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales se divulguen, se omitirá su publicidad de conformidad con lo dispuesto en los artículos 7 Apartado C de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Baja California; 5 fracción V de la Ley de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Baja California; 5 del Reglamento Interno de la

Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Baja California; 31 y 34 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública para el Estado de Baja California. 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 y visto los siguientes:

I. HECHOS.

3. El 15 de noviembre de 2015, V1 mujer de 20 años de edad, primigesta con embarazo de 40 semanas de gestación acudió al Hospital General de Playas de Rosarito de la Secretaría de Salud del Estado de Baja California a fin de que se le brindara la atención médica que requería en virtud de presentar inicio de trabajo de parto, una vez que fue examinada por el médico Gineco-Obstetra, es egresada con diagnóstico de trabajo de parto en fase latente y con indicaciones de alarma a su domicilio.

4. Aproximadamente a las 19:02 horas del 16 de noviembre de 2015, V1 acude nuevamente al mencionado nosocomio al presentar ruptura de membrana y salida de líquido amniótico con meconio (sustancia viscosa y espesa de color verde oscuro a negro compuesta por células muertas y secreciones del estómago e hígado, que reviste el intestino del recién nacido), a su ingreso fue valorada por un médico adscrito al citado Hospital General de Playas de Rosarito quien la diagnosticó con trabajo de parto en fase activa y ruptura prematura de membrana.

5. A las 22:07 horas V1 es revisada por un médico Gineco-Obstetra de guardia quien decidió se le realizara una resolución quirúrgica del embarazo por taquicardia fetal sostenida, sin embargo al no contar con anestesiólogo ni pediatra en la guardia, el galeno decide enviar a la paciente a un nosocomio de mayor resolución siendo este el Hospital General de Tijuana.

6. V1 señaló que no fue referida de manera inmediata del Hospital General de Playas de Rosarito al Hospital General de Tijuana de la Secretaría de Salud, en virtud de que el primero de los mencionados no contaba con servicio de ambulancia por lo que tuvo que esperar a que llegara la misma para poder ser trasladada, ingresando al nosocomio de referencia a las 00:30 horas del 17 de noviembre de ese mismo año.

7. La víctima indicó que al arribar al Hospital General de Tijuana hizo entrega de la nota médica en la que se indicaba la necesidad del traslado para la resolución del embarazo vía abdominal (cesárea) y es enviada al Área de Ginecología en donde la conectaron a un monitor, el cual marcaba el latido cardiaco del producto V2, mismo que aumentaba cada vez que V1 tenía contracciones, así permaneció hasta las 09:00 horas, tiempo en que se le practicó la intervención quirúrgica.

8. Además manifestó que cuando V2 nació no lloró y tenía un color verdoso en su piel, que los médicos le dijeron que presentaba problemas del corazón y que había ingerido su excremento y como consecuencia de ello se le habían dañado sus órganos, por lo que fue ingresado al Área de Cuidados Intensivos señalándose en el apartado de anomalías congénitas del Certificado de Nacimiento emitido por la Secretaría de Salud, enfermedades o lesiones del nacido vivo "*Asfixia Prenatal*".

9. El binomio (madre e hijo) permaneció hospitalizado hasta el 19 de noviembre de 2015, fecha en que V1 fue dada de alta y V2 perdiera la vida señalándose en el Certificado de Defunción como hora de su defunción las 18:25 horas y como causa de su muerte: Choque Cardiogénico (el cual resulta cuando el corazón está tan dañado que es incapaz de suministrarle suficiente sangre a los órganos del cuerpo) Secundario a Cardiomiopatía y Encefalopática Hipóxica Isquémicas (condición que se presenta en recién nacidos de término y pretérmino que han sufrido antes, durante o posterior al nacimiento, una agresión relacionada con la falta de oxígeno) como consecuencia de la Asfixia Perinatal.

10. Con motivo de los citados hechos el 20 de diciembre de 2015 se inició el expediente **CEDHBC/TIJ/858/15/4VG** y a fin de documentar las violaciones a derechos humanos se solicitó información al Hospital General de Playas de Rosarito, Hospital General de Tijuana, ambos de la Secretaría de Salud del Estado de Baja California, así como a la Procuraduría General de Justicia del Estado de Baja California, cuya valoración es objeto de análisis en el capítulo de observaciones de esta Recomendación.

II. EVIDENCIAS.

11. Acta Circunstanciada de 20 de noviembre de 2015, en la que consta la comparecencia rendida por V1 ante personal de este Organismo Estatal, en la que dio a conocer los hechos violatorios de derechos humanos que sufrió por la inadecuada

atención médica que se le proporcionó en el Hospital General de Playas de Rosarito y de Tijuana, ambos del Estado de Baja California.

12. Acta Circunstanciada de 20 de noviembre de 2015 en la que consta la comparecencia de T1 (esposo de V1) rendida ante personal de esta Comisión Estatal, en la que señaló la inadecuada atención médica que recibió su cónyuge en los Hospitales Generales de Playas de Rosarito y Tijuana, precisando que como consecuencia de ello V2 había perdido la vida, anexando la siguiente documentación:

12.1. Copia simple del Reglamento del Servicio de Prematuros para la Hora de Visita, emitida por el Hospital General de Tijuana el 17 de noviembre de 2015.

12.2. Copia simple de la solicitud de estudios del Departamento de Radiología de 19 de noviembre de 2015 expedida por el Hospital General de Tijuana, en el cual se pide se le realice a V2 un electroencefalograma, en la que se señala como datos clínicos y diagnóstico: asfixia más edema cerebral y crisis convulsiva.

12.3. Copia simple de la Hoja de Alta Informada emitida por el Hospital General de Tijuana el 19 de noviembre de 2015 a nombre de V1.

12.4. Copia simple del oficio SEDESOE/AS/00403/2015 suscrito por el Subsecretario de Desarrollo Social Zona Costa a través del cual solicita a una funeraria se realice el servicio mortuario de V2.

12.5. Nota periodística publicada por un diario de la localidad el 20 de noviembre de 2015 con título *“Playas de Rosarito sin médicos especialistas”, “Egresados de especialidades prefieren ciudades grandes”*.

12.6. Copia simple del oficio 20673/15/20A de 20 de noviembre de 2015, suscrito por el Agente del Ministerio Público del Fuero Común Unidad Orgánica de Lesiones, dirigido al Coordinador de Atención a Víctimas del Delito de Zona Tijuana, a través del cual le remite la constancia de notificación de Garantías y Derechos dispuestos para los ofendidos en la Constitución General de la República y la Ley de Atención y Protección a la Víctima o el Ofendido del Delito para el Estado, con motivo de la denuncia interpuesta por V1.

13. Oficio 01543-HGR-2015 de 26 de noviembre de 2015, suscrito por AR2 Director del Hospital General de Playas de Rosarito, a través del cual rinde informe justificado señalando entre otras cosas que “...se decide resolución quirúrgica del embarazo por taquicardia fetal sostenida (alteración del ritmo de la frecuencia cardiaca), al no contar con anestesiólogo ni pediatra en la guardia se decide envío a hospital de mayor resolución: Hospital General de Tijuana, se avisa a familiar y se espera la ambulancia, al contar con la misma se realiza traslado al mencionado hospital”. Anexando lo siguiente:

13.1. Copia simple del expediente clínico que se generó por la atención médica brindada a V1, del cual se desprende lo siguiente:

13.1.1. Copias de la notas médicas de Consulta del Servicio de Tococirugía de 21 de septiembre y 13 de octubre de 2015 emitidas por un médico adscrito al Hospital General de Playas de Rosarito, en las que establece como impresión diagnóstica: supervisión de primer embarazo normal.

13.1.2. Copia de la nota médica de Consulta del Servicio de Hospitalización Ginecoobstetricia de 4 de noviembre de 2015 suscrita por un médico del Hospital General de Playas de Rosarito, en el que establece como motivo de la consulta: paciente con embarazo de 38.5 SDG (semanas de gestación), con padecimiento actual de movimientos fetales activos, niega datos de actividad uterina e impresión diagnóstica: embarazo confirmado.

13.1.3. Copia de la nota médica de Consulta del Servicio de Urgencias de 5 de noviembre de 2015, emitida por un médico adscrito al Hospital General de Playas de Rosarito, en la que se establece como padecimiento actual: femenina de 20 años con embarazo de 40.2 SDG por USG (ultrasonografía) que acude a revisión con movimientos fetales presentes.

13.1.4. Copia de la Nota Médica del Servicio de Urgencias, Área Médica Ginecológicas de 15 de noviembre de 2015 a las 10:11 horas, emitida por AR1 Médico Gineco-obstetra adscrita al Hospital General de Playas de

Rosarito, en la que señala que la “*EDAD GESTACIONAL INCIERTA POR FUR [fecha de última regla] 8 ENE 15 (44.4 SDG) PRÓDROMOS DE TRABAJO DE PARTO [...] ACTIVIDAD UTERINA IRREGULAR, NIEGA PÉRDIDAS TV [tacto vaginal] [...] ABDOMEN CON FU 31 CMS SOBRE SP [sacropubiana, posición fetal] PUV [producto único vivo] SL [situación libre] FCF [frecuencia cardiaca fetal] 146 X MIN, ACTIVIDAD UTERINA IRREGULAR, TACTO CÉRVIX POSTERIOR LARGO DEHISCENTE AL PULPEJO EN TODO EL TRAYECTO, PRODUCTO CEFÁLICO MEMBRANAS INTEGRAS [...] ABRIL 15 FETOMETRÍA [medición del tamaño del feto en un embarazo] 9 SDG TRANSPOLADO HOY 40 SDG. PLAN ENGRESA A DOMICILIO, DATOS DE ALARMA*”.

13.1.5. Copia de la Nota de Evolución del Servicio de Urgencias Área Ginecológicas emitida a las 14:45 horas del 15 de noviembre de 2015 suscrita por AR1, en la que señala: “...*EDAD GESTACIONAL INCIERTA POR FUR 8 ENE15 (44.4 SDG) TRABAJO DE PARTO EN FASE LATENTE [...], ACTIVIDAD UTERINA IRREGULAR NIEGA PERDIDAS TV [...] ABDOMEN FU 31 CMS SOBRE SP PUV SL FCF 150 X MIN, ACTIVIDAD UTERINA IRREGULAR. TACTO CÉRVIX POSTERIOR 1 CM DILATACIÓN 30% DE BORRAMIENTO. PRODUCTO CEFÁLICO LIBRE. MEMBRANAS ÍNTEGRAS. 10 ABRIL 15 FETOMETRÍA 9 SDG TRANSPOLADO HOY 40 SDG. INGRESA A DOMICILIO DATOS DE ALARMA, REGULARIZAR TRABAJO DE PARTO*”.

13.1.6. Copia de la denominada Notas Médicas del Servicio de Urgencias Área Ginecológicas de 15 de noviembre de 2015, emitida a las 18:34 horas por AR1, en la que señala: “...*EDAD GESTACIONAL INCIERTA POR FUR 8 ENE 15 (44.4 SDG) TRABAJO DE PARTO EN FASE LATENTE [...], ACTIVIDAD UTERINA IRREGULAR, NIEGA PÉRDIDAS TV [...] ABDOMEN CON FU 31 CMS SOBRE SP PUV SL FCF 150 X MIN, ACTIVIDAD UTERINA IRREGULAR. TACTO CÉRVIX POSTERIOR 2 CM DILATACIÓN 50% DE BORRAMIENTO. PRODUCTO CEFÁLICO LIBRE. MEMBRANAS ÍNTEGRAS [...] ABRIL 15 FETOMETRÍA 9 SDG TRANSPOLADO HOY 40 SDG. ENGRESA A DOMICILIO, DATOS DE ALARMA, REGULARIZAR TRABAJO DE PARTO*”.

13.1.7. Copia de la Nota de Evolución del Servicio de Urgencias Área Ginecológicas de 16 de noviembre de 2015, emitida a las 19:02 horas por AR1, en la que se señala: “...*EDAD GESTACIONAL INCIERTA POR FUR 8 ENE 15 (44.4 SDG), TRABAJO DE PARTO FASE ACTIVA [...], ACTIVIDAD UTERINA IRREGULAR, NIEGA PÉRDIDAS TV. REFIERE SALIDA DE ABUNDANTE LÍQUIDO VERDE TV HOY A LAS 7:00 HRS [...] ABDOMEN FU 31 CMS SOBRE SP PUV SL FCF 152 X MIN, ACTIVIDAD UTERINA IRREGULAR. TACTO CÉRVIX POSTERIOR 7 CM DILATACIÓN 80% BORRAMIENTO, PRODUCTO CEFÁLICO ABOCADO, LÍQUIDO AMNIÓTICO CON MECONIO + MEMBRANAS ADOSADAS A POLO CEFÁLICO. [...] ABRIL 15 FETOMETRÍA 9 SDG TRANSPOLADO HOY 40 SDG. BH [Biometría Hemática], TP [tiempo de protrombina] 169674, PASA A TOCO PSS (pruebas sin estrés), FIRMA PARA DIU (dispositivo intrauterino)*”.

13.1.8. Copia de la Nota de Evolución del Servicio de Urgencias Área Ginecológicas de 16 de noviembre de 2015, emitida a las 21:28 horas por un médico adscrito al Hospital General de Playas de Rosarito, en la que se señala: “... *[V1] DE 20 A (años). G (gesta) 1. EDAD GESTACIONAL INCIERTA POR FUR 8 ENE 15 (44.4 SDG) Y POR USG DEL DÍA 10 ABR 15 [...], TRABAJO DE PARTO EN FASE ACTIVA, [...] MECONIO + DE 9 HORAS [...] ACTIVIDAD UTERINA IRREGULAR, NIEGA PÉRDIDAS TV. REFIERE SALIDA DE ABUNDANTE LÍQUIDO VERDE TV HOY A LAS “ilegible” HORAS [...] ABDOMEN CON FU 31 CMS SOBRE SP PUV SL FCF 1 (sic) 160 por MIN, ACTIVIDAD UTERINA IRREGULAR, TACTO CÉRVIX 5 CM DILATACIÓN 80% BORRAMIENTO. PRODUCTO CEFÁLICO ABOCADO, LÍQUIDO AMNIÓTICO CON MECONIO. ACTUALMENTE SOLO EN GUANTE TESTIGO NO ENCUENTRO SALIDA FRANCA DEL MISMO, AL MOMENTO SIN CONDUCCIÓN SOLO SOL GLUCOSADA AL 5% SE INICIARÁ CONDUCCIÓN DE TRABAJO DE PARTO, SE EXPLICA A PACIENTE Y FAMILIARES QUE NO HAY SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA SE AGREGA ANTIMICROBIANO POR HORAS DE RPM (rotura prematura de las membranas ovulares). EMBARAZO DE TÉRMINO POR CLÍNICA EN TRABAJO DE PARTO. PLAN: SE INICIA CONDUCCIÓN MONITORIZADA CON TOCOCARDIÓGRAFO (monitor*

que registra la frecuencia cardiaca fetal y la intensidad de las contracciones uterinas). SE NORMARA CONDUCTA DE ACUERDO A CONDUCCIÓN”.

13.1.9. Copia de la Nota de Ingreso del Servicio de Tococirugía Área Médica Tococirugía de 16 de noviembre de 2015 emitida a las 22:07 horas, por un médico adscrito al Hospital General de Playas de Rosarito, en la que señaló que: *“[...] [V1] DE 20 A G1. EDAD GESTACIONAL INCIERTA POR FUR 8 ENE 15 (44.4 SDG) Y POR USG DEL DÍA 10 ABR 15 [...], TRABAJO DE PARTO EN FASE ACTIVA, [...] MECONIO + DE 9 HORAS [...]. ACTIVIDAD UTERINA IRREGULAR, NIEGA PÉRDIDAS TV. REFIERE SALIDA DE ABUNDANTE LÍQUIDO VERDE TV HOY A LAS 7:00 HORAS [...] ABDOMEN CON FU 31 CMS SOBRE SP PUV SL FCF 175 X MIN, AL TV 5 CM DILATACIÓN 60% DE BORRAMIENTO. CON TOCOCARDÍOGRAFO SE COLOCA DLI (decúbito lateral izquierdo) Y SE APLICA CARGA DE SOL GLUCOSADA AL 5% 500CC, SIN MEJORÍA. SE TOMA TRAZO CON TOCOCARDÍOGRAFO, PERSISTIENDO TAQUICARDIA FETAL (se define por frecuencias ventriculares superiores a 160 latidos por minuto) A PESAR DE MANIOBRAS DE REANIMACIÓN IN ÚTERO. DIAGNÓSTICO: EMBARAZO DE TÉRMINO + TAQUICARDIA FETAL SOSTENIDA. SE EXPLICA A PACIENTE Y FAMILIAR LA NECESIDAD DE TRASLADO PARA RESOLUCIÓN DE EMBARAZO VÍA ABDOMINAL. SE ANEXAN EXÁMENES DE LABORATORIO. SE AVISA A SUBDIRECTOR TURNO NOCTURNO”.*

13.1.10. Copia de la Nota de Evolución del Servicio de Tococirugía de las 23:05 horas del 16 de noviembre de 2015, elaborada por un médico adscrito al Hospital General de Playas de Rosarito, en la que señala que *“SE SOLICITA FAMILIAR PARA DAR INFORMES NO HAY NADIE EN LA SALA. SE SOLICITA TRASLADO, NO HAY AMBULANCIA FUE A DEJAR TRASLADO A TIJUANA PACIENTE PEDIÁTRICO, SE INFORMA DEL CASO AL SUBDIRECTOR DEL TURNO. SE MANTIENE AL PACIENTE CON MEDIDAS DE REANIMACIÓN, OXÍGENO Y DLI, FCF 170 POR MINUTO. SE INFORMA A FAMILIAR ACERCA DEL DIAGNÓSTICO DE LA PACIENTE A QUIÉN DICE SER SU ESPOSO*

[T1] SE LE INFORMA QUE ES NECESARIO ESPERAR A QUE LLEGUE AMBULANCIA DE TIJUANA SIN EMBARGO FAMILIAR REFIERE QUERER TRASLADAR A LA PACIENTE POR SUS PROPIOS MEDIOS EN ESPERA DE TRASLADO LA PACIENTE CONTINÚA CON MONITORIZACIÓN CON TOCOCARDIÓGRAFO”.

14. Oficio 0017/2016-DJ de 13 de enero de 2016, suscrito por el Director General del Hospital de Tijuana, a través del cual remite lo siguiente:

14.1. Copia simple del expediente clínico que se integró respecto de la atención médica que se le brindó a V1.

14.1.1. Copia de la Nota de Ingreso al servicio de Ginecología y Obstetricia de 17 de noviembre de 2015 de las 00:40 (*sic*) horas de V1, suscrito por AR3 y otro galeno, ambos médicos adscrito al Hospital General de Tijuana en la que se señala *“paciente de 20 años de edad enviada del Hospital de Rosarito con diagnóstico de taquicardia fetal sostenida”*.

14.1.2. Copia de la Hoja Frontal del Departamento de Ginecología y Obstetricia de las 00:30 horas del 17 de noviembre de 2015, en la que AR3 y otro médico adscrito al Hospital General de Tijuana, señalaron como diagnóstico de V1: embarazo de 40 SDG + TDPFA + RPM.

14.1.3. Copia de la hoja de Historia Clínica del Departamento de Ginecología y Obstetricia, sin hora de elaboración y fecha del 17 de noviembre de 2015, sin nombre y firma del médico adscrito al Hospital General de Tijuana, en la que se señala que V1 acude por presentar dolor tipo obstetra de 09 horas y como estado actual pasar a labor de parto.

14.1.4. Copia del Consentimiento Informado para la Aceptación de Métodos Anticonceptivos del Servicio de Ginecología y Obstetricia de 17 de noviembre de 2015 a las 00:30 horas, suscrito por V1 y AR3.

14.1.5. Copia del Partograma del Servicio de Ginecología y Obstetricia del 17 de noviembre del 2015, realizada por AR3 y otro médico adscrito

al Hospital General de Tijuana, en la que señaló que “[V1] ingresó a las 00:30 horas, con Control Prenatal, G 1, P 0, A 0, C 0. FUR: 08/01/15. FPP: SIN LLENAR. SEMANAS 40. Tipo y Rh: O + (positivo). Antecedentes de interés: refiere alergia al paracetamol. Inicio de contracciones: AYER Sangrado: NEGADO Edema: NEGADO. Signos Vitales: NO REGISTRADOS. Situación: LONGITUDINAL Variedad de Presentación: CEF (cefálico) Plano de Descenso: II Dilatación: 5 Borramiento: 80% Membranas ROTAS FCF: 150 L. Amniótico MECONIO RPM. Plan: PASA A LABOR, FCF CADA HORA, VIGILAR ACTIVIDAD UTERINA, PSS, CURVA TÉRMICA CADA 4 HORAS, ANTIBIOTICOTERAPIA, REPORTAR EVENTUALIDADES, PASAR A SALA A SOLICITAR. HORAS EN TRABAJO DE PARTO: NO SEÑALADAS. DESCENSO DE LA PRESENTACIÓN. Planos de Hodge: II...II (5 HORAS); MEMBRANAS: ROTAS TINTE MECONIAL CONTRACCIONES: FRECUENCIA (CONTRACCIONES EN 10 MIN)/DURACIÓN (SEGUNDOS)/INTENSIDAD (TONO+): NO SEÑALADAS. RESTO DE ÉSTE ES “ILEGIBLES”

14.1.6. Copia de la Nota de Revisión de 17 de noviembre de 2015, de las 01:20 horas, suscrita por AR3 y otro médico adscrito al Hospital General de Tijuana en la que se señala “Se realiza trazo toco/cardiográfico, observando basal de 150 x min trazo reactivo, con FCF máxima de 160 latidos por minuto. No datos de compromiso fetal. Plan: hidratación, monitoreo fetal continuo, pruebas de trabajo de parto. Normar conducta/pronóstico reservado a evolución”.

14.1.7. Copia de la Nota Prequirúrgica de 17 de noviembre de 2015, de las 06:10 horas, suscrita por AR3 y otro médico adscrito al Hospital General de Tijuana en la que se estableció “Diagnóstico Prequirúrgico: Embarazo de 40 SDG + TDPFA, falta de progresión de trabajo de parto. Cirugía proyectada: Cesárea Kerr [...] cuenta con los diagnósticos antes mencionados por lo que se norma interrupción del embarazo por vía abdominal, [...] abdomen globoso a expensas de útero gestante ocupado por producto único vivo cefálico, longitudinal, al tacto vaginal cérvix con 7 cm de dilatación 80% de borramiento, resto de la exploración sin datos patológicos. Plan: interrupción del embarazo vía abdominal”.

14.1.8. Copia de la Nota Agregada de Labor de 17 de noviembre de 2015, de las 06:30 horas, suscrita por AR3 y otro médico adscrito al Hospital General de Tijuana en la que manifestó *“Por el momento no contamos con tiempo quirúrgico ya que llega a este hospital urgencia obstétrica [...] por lo que pasa a cesárea en cuanto se tenga tiempo quirúrgico disponible”*.

14.1.9. Copia de la Nota Agregada de Labor de 17 de noviembre de 2015, de las 07:50 horas, realizada por AR3 y otro médico adscrito al Hospital General de Tijuana en la que señaló *“paciente se mantiene con vigilancia estrecha y monitoreo continuo fetal, iniciando con oscilaciones de frecuencia cardiaca fetal con una basal de 140 latidos por minuto con descensos de hasta 110 latidos por minuto, por lo que se realizan maniobras de reanimación intrauterina y se solicita nuevamente quirófano que se encuentra ocupado por otra urgencia [...] Plan: pasa a quirófano a la brevedad posible para interrupción del embarazo vía cesárea”*.

14.1.10. Copia de la Carta de Consentimiento Válidamente Informado del Servicio de Ginecología y Obstetricia de 17 de noviembre de 2015, firmada solamente por V1 y por AR3.

14.1.11. Copia de la Carta de Consentimiento Bajo Información para Realizar Procedimiento Anestésico de 17 de noviembre de 2015, firmada por V1 y solo se observa la rúbrica del anesthesiólogo a cargo, sin nombre ni número de cedula profesional, señalando como Diagnóstico Preoperatorio: *“EMB. 40 SDG más TDFa más RPM, y como Cirugía o Procedimiento Planeado: CESÁREA KERR”*.

14.1.12. Copia de la Nota Prequirúrgica de 17 de noviembre de 2015, de las 08:00 horas, suscrita por un médico adscrito al Hospital General de Tijuana en la que señala *“Diagnóstico Prequirúrgico: Primigesta embarazo de 40 SDG, TDPFA. Baja reserva fetal. Cirugía Proyectada: Cesárea Kerr [...] abdomen globoso a expensas de útero gestante, producto único, vivo, FCF 140x minuto. Al tacto vaginal cérvix 7CM dilatación, 80% borramiento [...] meconio, 2do plano”*.

14.1.13. Copia de la Nota Postoperatoria del Servicio de Ginecología y Obstetricia de 17 de noviembre de 2015, suscrita por un médico adscrito al Hospital General de Tijuana, en la que establece: *“Embarazo de 40 SDG, TDPFA, baja reserva fetal. Operación planeada y realizada: Cesárea Kerr. Diagnóstico Postoperatorio: Puerperio Quirúrgico Inmediato. Descripción de la técnica: [...] posteriormente se realiza histerotomía tipo Kerr se calza el producto, se pinza y se corta cordón umbilical, se realiza alumbramiento dirigido, [...] Hallazgos transoperatorio: meconio. Útero con atonía, se aplica carbetoquina. Hora de nacimiento: 09:18 hrs, sexo HOMBRE, APGAR 4/7, peso 3610 gr, Pronóstico: Reservado”*.

14.1.14. Copia de la Nota de Evolución de 18 de noviembre de 2015, de las 08:00 horas elaborada por un médico adscrito al Hospital General de Tijuana donde se menciona: *“[...] CON PUERPERIO QUIRÚRGICO DE 22 HORAS DE EVOLUCIÓN POR BAJA RESERVA FETAL [...] ilegible valorar egreso vespertino”*.

14.1.15. Copia de la Nota de Egreso suscrita por un médico adscrito al Hospital General de Tijuana, señalando como fecha de ingreso el 17 de noviembre de 2015, *“EMB DE 40SDG + TDPFA + PRIMIGESTA + RM”*, con fecha de egreso 19 del mismo mes y año, *“PUERPERIO QX MEDIATO BRF se trata de paciente de 20 años de edad, la cual se encuentra en su puerperio quirúrgico de 45 horas por BRF, la cual se refiere asintomática, tolera vía oral y deambulación”*.

14.1.16. Copia de la Hoja de Alta Informada a nombre de V1, del Servicio de Ginecología Obstetricia suscrita por un médico adscrito al Hospital General de Tijuana, con diagnóstico de ingreso: EMB (embarazo) 40SDG/TDPFA/primigesta/RPM. Fecha de ingreso 17 de noviembre de 2015. Diagnóstico de Egreso: Parto único por cesárea por baja reserva fetal. Fecha de egreso 19 del mismo mes y año.

15. Oficio 699/16/20A de 16 de enero de 2016 suscrito por el Titular de la Unidad Orgánica de Lesiones de la PGJE, a través del cual remite copias certificadas de la

Averiguación Previa No. 1, precisando que la misma se encuentra en integración por el delito de Homicidio Simple y Responsabilidad Médica y Técnica, de la que se desprende lo siguiente:

15.1. Volante de atención 2056/15/20A con fecha de inicio de la Averiguación Previa No.1 del 20 de noviembre de 2015 ante la Unidad Orgánica de Lesiones, en donde consta que V1 presentó denuncia en contra de quien resulte responsable por el delito de Homicidio Simple y Responsabilidad Médica y Técnica.

15.2. Acuerdo de Radicación de la Averiguación Previa No. 1 de fecha 20 de noviembre de 2015, suscrito por el Agente del Ministerio Público del Fuero Común, Titular de la Unidad Orgánica de Lesiones.

15.3. Declaración de V1 de 20 de noviembre de 2015, rendida ante el Agente del Ministerio Público del Fuero Común de la Unidad Orgánica de Lesiones en la que en términos generales señaló que el día 16 de noviembre de 2015 acude al Hospital General de Rosarito por presentar labor de parto, después de ser revisada por el médico arrojó un líquido verdoso, informándole el galeno que se le había *“roto la fuente”* y al presentar V2 taquicardia debía de realizar una cesárea de urgencia ya que el producto podía *“comerse el líquido de sus desechos”* por lo que solicitaron una unidad y es trasladada al Hospital General de Tijuana a las 11:00, donde a las 08:00 horas del día siguiente ingresa a quirófano y el día 19 del mismo mes y año le informan que su hijo V2 había perdido la vida por asfixia prenatal, anexando entre otros documentos el siguiente.

15.3.1. Formato Unificado de Solicitud de Atención (FUSA) del Sistema Unificado de Gestión para la Atención y Orientación al Usuario de los Servicios de Salud de fecha 17 de noviembre de 2015, en el cual un familiar de V1 presenta Queja en contra del personal de Hospital General de Tijuana.

15.3.2. Copia del Ultrasonido Obstétrico TRIM I de 10 de abril de 2015, elaborado por un médico ultrasonografista en el que concluye: *“EMBARAZO INTRAUTERINO CON PRODUCTO ÚNICO VIVO*

APARENTEMENTE NORMAL. AL MOMENTO DEL ESTUDIO DE 9.6 SEMANAS DE GESTACIÓN POR LONGITUD CRÁNEO-CAUDAL Y SACO GESTACIONAL”.

15.3.3. Copia del Ultrasonido Obstétrico TRIM II y III de 1 de junio de 2015, realizado por un médico ultrasonografista en el que concluye: *“EMBARAZO CON PRODUCTO ÚNICO, VIVO, PRESENTACIÓN CEFÁLICO DE 17.5 SEMANAS DE GESTACIÓN (+/- 18 DIAS). PLASCENTA NORMOINSERTA GRADO I DE MADUREZ. LÍQUIDO AMNIÓTICO NORMAL”.*

15.3.4. Copia del Ultrasonido Obstétrico TRIM II y III de 26 de septiembre de 2015, en el que concluye: *“EMBARAZO de 34.4 SEMANAS DE GESTACIÓN CON FETO ÚNICO, VIVO, INTRAUTERINO DE ASPECTO ECOGRÁFICO APARENTEMENTE NORMAL, AL MOMENTO DEL ESTUDIO ULTRASONOGRÁFICO. SE SUGIERE REALIZAR CONTROL PRENATAL Y ULTRASONOGRÁFICO MENSUAL”.*

15.3.5. Copia de la hoja de vigilancia del embarazo de V1, de 8 de mayo de 2015, en la que se observa *“Solo 5 consultas, la segunda de ellas con 18 SDG + IVG; la cuarta con 29.3 SDG y la última de 35 SDG”.*

15.3.6. Copia del Certificado de Defunción de V2, emitido por la Secretaría de Salud con número de folio 150018127, en el que se observa como fecha y hora de su defunción las 18:25 del día 19 de noviembre de 2015 y como causas de la defunción: *Choque cardiogénico, cardiomiopatía hipóxico isquémica, encefalopatía hipóxico isquémica, asfixia perinatal”.*

15.3.7. Copia de la Nota de Defunción, del servicio de UCIN (Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal), suscrita por dos médicos adscritos al Hospital General de Tijuana en el que se observa como *“Fecha de Ingreso: 17 de noviembre de 2015. Fecha de Defunción: 19 de noviembre de 2015. Hora de Defunción: 18:25. Diagnóstico Ingreso: RECIÉN NACIDO POSTÉRMINO DE 42 SEMANAS DE GESTACIÓN, SÍNDROME DE ASPIRACIÓN MECONIAL, ASFIXIA NEONATAL,*

MIOCARDIOPATÍA HIPÓXICO ISQUÉMICA, ENCEFALOPATÍA HIPÓXICO ISQUÉMICA, SÍNDROME POSTASFIXICO, RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS DE 24 HORAS. Diagnóstico de defunción: CHOQUE CARDIOGÉNICO, CARDIOMIOPATÍA HIPÓXICO ISQUÉMICA, ENCEFALOPATÍA HIPÓXICO ISQUÉMICA, ASFIXIA PERINATAL, SÍNDROME DE ASPIRACIÓN MECONIAL. Resumen: Se trata de Paciente masculino, el cual se ingresa a Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales obtenido vía abdominal con APGAR 4/7, durante su estancia hospitalaria con los diagnósticos de recién nacido postérmino, síndrome de aspiración meconial, asfixia perinatal, miocardiopatía y encefalopatía hipóxico isquémica, con deterioro importante dependiente de apoyo aminérgico y ventilación mecánica asistida, con evolución tórpida. Presentando mal estado general en las últimas 24 horas. El día de hoy presenta paro cardiorrespiratorio, se aplican maniobras de reanimación avanzadas durante 15 minutos, confirmando hora de muerte a las 18:25”.

15.4. Constancia de 23 de noviembre de 2015, suscrita por el Agente del Ministerio Público del Fuero Común en la cual hace constar que se recibió llamada telefónica de personal adscrito al Hospital General de Tijuana en donde dan a conocer a dicha autoridad sobre el fallecimiento de V2 el 19 de ese mismo mes y año.

15.5. Diligencia de traslado de personal, fe ministerial y levantamiento de cadáver, de 23 de noviembre de 2015, por parte de personal adscrito a la Procuraduría General de Justicia del Estado en las instalaciones del Hospital General de Tijuana.

15.6. Copia del Certificado de Necropsia del Servicio Médico Forense Tijuana, de 23 de noviembre de 2015, realizado por un Perito Médico Legista en el que concluye: “[...] C. RECONOCIMIENTO EXTERIOR [...] cianosis facial y perilabial (+++) [...] acrocianosis subungueal de uñas de manos y pies [...] D. CAVIDAD CRANEANA [...] la subgalea congestionada [...] el meningo encéfalo congestivo, edematoso con hemorragia laminar generalizada y coágulos hemáticos libres [...] E. CUELLO [...] la tráquea apreciándose su luz ocupada por líquido mucoso espumoso color rojizo. F. CAVIDAD TORÁCICA [...]”

pulmones congestionados [...] el parénquima pulmonar se aprecia salida de material mucoide de color blanquecino cremoso espumoso [...] el corazón congestivo aumentado de volumen (mide 5 cm por 5 cm) con tres áreas de isquemia que miden 2 cm por 1 cm en la aurícula izquierda y en ambos ventrículos. Las arterias coronarias dilatadas y tortuosas [...] y los hilios pulmonares apreciándose abundantes coágulos organizados de consistencia hemática. G. CAVIDAD ABDOMINAL [...] las vísceras ocupan esta cavidad se aprecian congestionadas, se observaron placas adheridas al parénquima renal de material amarillento [...] CAUSA DETERMINANTE DE LA MUERTE: CHOQUE CARDIOGÉNICO SECUNDARIO A CARDIOMIOPATÍA ENCEFALOPÁTICA HIPÓXICO ISQUÉMICA”.

15.7. Oficio 0123/2015-DJ de 26 de noviembre de 2015, signado por el Director del Hospital General de Tijuana, a través del cual remite copias certificadas del expediente clínico que se generó por la atención médica que se le dio a V1 en el Hospital General de Tijuana.

15.8. Acta Circunstanciada de 7 de diciembre de 2015 en las que se hace constar el envío de las copias certificadas del expediente clínico que se generó por la atención médica que se brindó a V1 en el Hospital General de Playas de Rosarito.

16. Oficio 089-HGR-2016 de 21 de enero de 2016, suscrito por AR2 a través de cual remite Informe Médico en el que señala “1.- *Envío copia simple de anexos de expediente clínico [...] formato físico, ya se envió expediente [...] electrónico.* 2.- *Copia simple de libreta-bitácora de la ambulancia perteneciente a este hospital, número económico 630, placas [...] conducida por el técnico en urgencias médicas [...]* 3.- *EN RELACIÓN A LA RAZÓN DE NO REALIZAR LA CESÁREA EN ESTA UNIDAD, ES PORQUE LA PACIENTE PRESENTABA UNA EVOLUCIÓN ESPERADA EN UN TRABAJO DE PARTO NORMAL INICIALMENTE QUE NO PRESENTABA INDICACIONES DE CESÁREA, AL MOMENTO DE PRESENTAR LAS ALTERACIONES TOCOCARDIOGRÁFICAS Y CLÍNICAS QUE INDICABAN LA CESÁREA, NO SE CONTABA CON ANESTESIÓLOGO NI PEDIATRA, POR FALTA DE PERSONAL MENCIONADO. DECIDIENDO ENVIAR AL HOSPITAL DE REFERENCIA, DESCONOCIÉNDOSE EN QUE MOMENTO SE REALIZÓ LA ECSÁREA EN DICHO HOSPITAL”*, anexando entre otras la siguiente documentación:

16.1. Copia simple de la libreta-bitácora del turno nocturno, de 16 de noviembre de 2015, suscrito por un técnico en urgencias médicas, en el que se observa un primer traslado al Hospital General de Tijuana a las 10:30 de la noche, y posteriormente la hora en que trasladaron a V1 al Hospital General de Tijuana y la hora de regreso de la ambulancia, haciendo hincapié el técnico que por instrucciones de personal del Hospital General de Playas de Rosarito ambos traslados se realizaron sin personal atrás con los pacientes, teniendo que conducir la ambulancia.

17. Oficio 2654/16/20A de 24 de febrero de 2016 suscrito por la Titular de la Unidad Orgánica de Lesiones, a través del cual informa que una vez que la Dirección de Servicios Periciales de esa Subprocuraduría remita el Dictamen Pericial en Materia de Medicina se hará llegar a este Organismo Estatal.

18. Opinión Médica de 5 de abril de 2016 emitida en colaboración de esta Comisión Estatal por un Médico Legista, quien en términos generales concluyó que: Primera.- La Atención Médica brindada a V1 en el Hospital General de Playas de Rosarito dependiente de la Secretaría de Salud del Estado de Baja California el 16 de noviembre de 2015 fue inadecuada; Segunda y Tercera.- La Atención Médica especializada en el Servicio de Gineco Obstetricia que se le dio a V1 en el Hospital General de Tijuana dependiente del Instituto de Servicios de Salud Pública del Estado de Baja California el 17 de noviembre de 2015 (de las 00:30 a las 07:00 horas) fue inadecuada y existió dilación en la atención médica, tratamiento y diagnóstico; Cuarta.- Debido a la dilación en la atención médica, diagnóstico y tratamiento del binomio materno fetal el 17 de noviembre de 2015 por el Servicio de Gineco y Obstetricia del Hospital General de Tijuana, en las horas antes señaladas está en la posibilidad de concluir que derivaron las complicaciones fetales, mismas que pudieron ser prevenibles y evitar la muerte del recién nacido. Igualmente agregó que hubo incumplimientos a las Normas Oficiales Mexicanas.

19. Escrito de 27 de abril de 2016, suscrito por un médico adscrito al Hospital General de Playas de Rosarito, mediante el cual informó que a su llegada a laborar revisó a V1 quien se encontraba en trabajo de parto presentado una evolución normal, que posteriormente se presentó taquicardia fetal, por lo tanto pérdida de bienestar fetal, y como la cesárea está indicada en estos casos para mejorar el pronóstico de vida fetal y materno indicó la realización del procedimiento quirúrgico, sin embargo al no contar

con anestesiólogo ni pediatra, especialistas indispensables para llevar a cabo la cirugía, fue que se decidió el traslado al Hospital General de Tijuana, anexando la hoja de envío correspondiente, notas impresas, así como exámenes de laboratorio impresos y trazo toco-cardiográfico con el fin de agilizar la atención en el hospital de referencia.

20. Escrito de fecha 26 de abril de 2016, suscrito por AR1 a través del cual informa que su jornada laboral del día 16 de noviembre de 2015 fue de las 08:00 a las 20:00 horas, que a las 19:02 ingresó a V1 desde el Servicio de Urgencias Ginecológico-Obstétricas hacia la Unidad de Toco quirúrgica (área que no se encontraba a su cargo) para la atención del embarazo y resolución del mismo, esto fue 58 minutos previos a su salida de turno, por lo que no tuvo acceso a conocer lo relacionado a su evolución dentro del área de Toco quirúrgica.

21. Acta Circunstanciada de llamada telefónica de 2 de mayo de 2016 realizada por personal de esta Comisión Estatal al Departamento Jurídico del Hospital General de Tijuana en la que se hace constar que informan que no se inició investigación administrativa por los hechos ocurridos a V1, además de informar que en caso de fallecimiento de alguna persona se da conocimiento de forma inmediata al Agente del Ministerio Público.

22. Oficio 148/16/DJ de 10 de mayo de 2016, suscrito por el Director del Hospital General de Tijuana a través del cual remite el escrito de fecha 9 de ese mismo mes y año signado por la Jefa de Ginecología y Obstetricia en el cual informan el nombre del personal médico que atendió a V1.

III. SITUACIÓN JURÍDICA.

23. El 16 de noviembre de 2015, V1 con 40 semanas de gestación acudió al Hospital General de Playas de Rosarito en donde fue valorada con trabajo de parto en fase activa y ruptura prematura de membranas por lo que fue referida al Hospital General de Tijuana para la resolución del embarazo vía abdominal, sin embargo, al llegar fue puesta en observación e intervenida quirúrgicamente hasta la mañana del 17 de ese mismo mes y año.

24. Al nacer V2 fue ingresado a la Unidad de Cuidados Intensivos diagnosticado con síndrome de aspiración meconial, asfixia perinatal, miocardiopatía y encefalopatía hipóxica isquémica, lo que derivó en su fallecimiento el 19 de noviembre de 2015, siendo la causa determinante de su muerte Choque Cardiogénico secundario a Cardiomiopatía y Encefalopática Hipóxica Isquémica como consecuencia de Asfixia Perinatal.

25. Derivado de lo anterior el 20 de noviembre de 2015 V1 presentó denuncia en la Unidad Orgánica de Lesiones de la Procuraduría General de Justicia del Estado de Baja California, radicándose la Averiguación Previa No.1, por los delitos de homicidio simple y responsabilidad médica y técnica en contra de quien resulte responsable, encontrándose dicha indagatoria en espera del Dictamen Pericial en Materia de Medicina.

26. Con relación a los hechos descritos esta Comisión Estatal no tiene evidencia de que a la fecha del presente pronunciamiento se haya iniciado investigación administrativa en contra del personal médico del Hospital General de Playas de Rosarito y del Hospital General de Tijuana por la responsabilidad administrativa en la que incurrieron.

IV. OBSERVACIONES.

27. Del análisis realizado al conjunto de evidencias que integran el expediente **CEDHBC/TIJ/858/15/4VG**, esta Comisión Estatal de los Derechos Humanos contó con elementos que permitieron acreditar transgresiones a los derechos a la protección de la salud en perjuicio de V1 y V2, así como a la vida en agravio de V2, atribuibles a personal médico adscrito al Hospital General de Playas de Rosarito y al Hospital General de Tijuana, ambos de Baja California, en atención a lo siguiente:

A. INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA Y PÉRDIDA DE VIDA.

28. El artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece que toda persona tiene derecho a la protección de la salud y que el Estado tienen la obligación de satisfacer eficaz y oportunamente las necesidades de los usuarios que acuden a los centros de salud públicos protegiendo, promoviendo y restaurando la salud de las personas.

29. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas emitió el 11 de mayo de 2000 la Observación General 14, sobre *“El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”*, señaló que la salud es un derecho fundamental reconocido en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el cual es indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos y que tal derecho impone a los Estados Partes la obligación de respetarlos, además, exige a los Estados abstenerse de injerir directa o indirectamente en el disfrute del derecho a la salud, se impida que terceros interfieran en la aplicación de las garantías previstas en el citado precepto legal y se adopten las medidas apropiadas de carácter legislativo, administrativo, presupuestario, judicial o de otra índole para dar plena efectividad al derecho a la salud.

30. La Corte Interamericana de Derechos Humanos en el *“Caso Vera Vera y otra vs Ecuador”* estableció que *“los derechos a la vida y a la integridad personal se hallan directa e inmediatamente vinculados con la atención a la salud humana”*. En este sentido, el artículo 10 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, establece que *“toda persona tiene derecho a la salud, entendida ésta como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico”*.

31. La Suprema Corte de Justicia de la Nación, en jurisprudencia firme ha establecido que entre los elementos que comprende el derecho a la salud se encuentra: el disfrute de servicios de salud de calidad en todas sus formas y niveles, entendiendo calidad como exigencia de que sean apropiados médica y científicamente, por lo que para garantizarlo, es menester que sean proporcionados con calidad, lo cual tiene estrecha relación con el control que el Estado haga de los mismos.

a).- HOSPITAL GENERAL DE PLAYAS DE ROSARITO

32. Lo anterior se incumple en el presente caso ya que de acuerdo a las constancias que integran el presente expediente de queja el día 15 de noviembre de 2015, V1 acudió al Hospital General de Playas de Rosarito, dependiente de la Secretaría de Salud del Estado de Baja California, por presentar dolor abdominal tipo obstétrico, siendo valorada en tres ocasiones ese mismo día, desprendiéndose de las mismas evaluaciones que cursaba con embarazo de término, con actividad uterina, buena

motilidad fetal y sin pérdidas transvaginales, por lo que se decidió su egreso a su domicilio con indicaciones de alarma obstétrica y cita abierta.

33. Con relación a la atención médica que se le brindó a V1 el 15 de noviembre de 2015 en el Hospital General de Playas de Rosarito, el Perito Médico que colaboró con este Organismo Estatal observó que la misma fue adecuada, ello en virtud de lo señalado en las tres notas médicas del Servicio de Urgencias Área Ginecológica emitidas a las 10:11, 14:45 y 18:34 horas en las que se establece que V1 *“presenta Pródromos de Trabajo de Parto por tener actividad uterina irregular, corroborándose además el bienestar del producto de la gestación, por lo que lo conducente fue enviarla a su domicilio con las indicaciones de alarma obstétrica y cita abierta a urgencias; lo anterior, en espera de que el trabajo de parto se regularice. Es decir, que el útero presente contracciones en número de 2 a 4 en 10 minutos; exista dolor abdominal bajo o hipogástrico y que las modificaciones cervicales de borramiento sean mayores al 50-80 % y la dilatación sobrepase los 3-4 cm”*. Razón por la cual ese día no fue ingresada a sala de labor en dicho nosocomio.

34. El 16 de noviembre de 2015 a las 19:02 horas V1 se presentó nuevamente en el Hospital General Playas de Rosarito e ingresó al Servicio de Urgencias Ginecológicas al referir dolor abdominal tipo obstétrico y salida de líquido amniótico color verde de aproximadamente 12 horas de evolución por lo que es atendida por AR1 Médico Gineco-Obstetra adscrita al Hospital General de Playas de Rosarito quien la diagnosticó con Trabajo de Parto en Fase Activa, Ruptura Prematura de Membranas; encontrándose a la exploración física un producto de la gestación único y vivo, presentación cefálica, situación longitudinal y con frecuencia cardíaca fetal de 152 latidos por minuto. Al tacto vaginal, producto abocado con 7 cm de dilatación y 80% de borramiento, por lo que el galeno decide su ingreso a la Unidad de Tococirugía para realizar pruebas sin estrés.

35. A las 21:28 horas AR1 valora nuevamente a V1 señalando que a la exploración se observó una frecuencia cardíaca fetal de 160 por minuto, al tacto vaginal cérvix con 5 cm de dilatación y 80 % de borramiento. Por lo que decide se dé inicio a la conducción del trabajo de parto con tococardiógrafo, así como normar la conducta de acuerdo a la evolución del binomio. Asimismo da aviso a los familiares de V1 que no cuentan con el Servicio de Anestesiología.

36. A las 22:07 horas el médico tratante revisó a V1 con tococardiógrafo en el cual se reportó frecuencia cardíaca fetal de 175 por minuto, se coloca a V1 en posición decúbito lateral izquierda e inician maniobras de reanimación in útero sin éxito y se integra el diagnóstico embarazo de término, taquicardia fetal sostenida; decidiendo el galeno el traslado de V1 a un hospital de apoyo por no contar en ese momento con Servicio de Anestesiología, además de que dio aviso al Subdirector Turno Nocturno.

37. A las 23:05 horas se informó que no fue posible el traslado de V1 por no contar en esos momentos con vehículo oficial (ambulancia) y se continúa con medidas de reanimación in útero, oxigenoterapia y se deja a V1 en posición decúbito lateral izquierdo; el producto de la gestación V2 continúa con frecuencia cardíaca de 170 por minuto.

38. De lo anterior el Perito Médico que colaboró con este Organismo Estatal observó que el diagnóstico de trabajo de parto en fase activa y ruptura prematura de membrana de 12 horas de evolución en un embarazo de término y el ingreso de V1 para que se vigilara su trabajo del parto fue el adecuado, sin embargo, señaló que AR1 omitió la prescripción de antimicrobianos profilácticos para la ruptura prematura de membranas de más de seis horas de evolución y la realización de estudios de laboratorio y gabinete específicos de procesos infecciosos según lo marca la Guía Práctica Clínica para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de Corioamnionitis en los Tres Niveles de Atención, aclarando que en la Hoja de Indicaciones Médicas del expediente clínico proporcionado en fecha 16 de noviembre a las 21:34 horas por un galeno se prescribió *“Amikacina solución inyectable 500 mg/2ml [...] dosis 500 mg [...] vía IV cada 12 horas”*, ignorando si recibió dicho antibiótico ya que en el expediente clínico proporcionado no existen notas de enfermería en el que se acredite que el mismo le fue suministrado.

39. Igualmente señaló que la médico especialista en Ginecoobstetricia del Hospital General de Playas de Rosarito ante la situación de urgencia obstétrica presente, solicitó el traslado de V1 de manera correcta ello de acuerdo a lo establecido en la Guía Práctica Clínica para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de *corioamnionitis* en los Tres Niveles de Atención en apartado de Criterios de Referencia en la cual se establece que *“debe referirse toda paciente embarazada con sospecha de corioamnionitis sin importar la edad gestacional”*.

40. Asimismo el Perito Médico señaló que la “*demora*” en el traslado de V1 a un Hospital de Alta Especialidad se debió a la falta de recursos humanos (ausencia de médico anesthesiólogo) y materiales (ausencia de vehículo-ambulancia) por parte de las autoridades administrativas del Hospital General de Rosarito.

41. Al respecto, AR2 Director del Hospital General de Playas de Rosarito informó a este Organismo Estatal que V1 presentó embarazo de término más taquicardia fetal sostenida, siendo necesario según nota médica cesárea de urgencia por lo que fue enviada al Hospital General de Tijuana al no contar en la guardia con médico anesthesiólogo ni pediatra, ya que estos últimos se encontraban con permisos de acuerdo a sus derechos laborales, lo anterior puso en evidencia la carencia de personal médico y de recursos materiales (ambulancia) en el Hospital General de Playas de Rosarito, lo cual obstaculiza el derecho de los usuarios a recibir una atención médica sin dilaciones y de calidad.

42. En razón de lo expuesto, para esta Comisión Estatal AR2 vulneró el derecho a la protección de la salud al omitir implementar la infraestructura necesaria para una adecuada prestación de los servicios de salud, tal y como lo disponen los artículos 4º, párrafo tercero de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 12.1 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 25.1 de la Declaración Universal de Derechos Humanos; XI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre y numeral 1 del Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, los cuales en términos generales disponen que todos tienen derecho a la protección de la salud y que se les debe asegurar la asistencia médica, también, establecen la obligación de adoptar las medidas para reducir la mortinatalidad y la mortalidad infantil.

b).- HOSPITAL GENERAL DE TIJUANA

43. Ahora bien, en cuanto a la atención médica que se le dio a V1 en el Hospital General de Tijuana, dependiente de la Secretaría de Salud del Estado de Baja California, se observó en el expediente clínico que V1 ingresó el día 17 de noviembre de 2015 a las 00:30 horas donde fue valorada en el Servicio de Tococirugía refiriendo en la primera nota médica que fue “[...] *enviada del hospital de rosarito con diagnóstico de taquicardia fetal sostenida [...] embarazo de 44.4 sdg por fur incierta/40 sdg por usg*

*semana 9 trabajo de parto fase activa rpm de 9 horas de evolución (líquido amniótico meconial taquicardia fetal sostenida la cual -ilegible- revierte a maniobras inútero.-[...]
producto único vivo, cafálico, longitudinal, FCF de 150x´minuto, se perciben movimientos fetales. Al tacto vaginal cérvix central 5cm dilatación y 80% de borramiento membranas rotas con líquido amniótico meconial, [...] IDx. Embarazo de 40 sdg TDPFA primigesta RPM. Plan: FCF cada hora, vigilar actividad uterina, PSS, curva térmica cada 4 horas, antibioticoterapia”.*

44. En la misma fecha y hora, esto es 03:00 horas del 17 de noviembre de 2015, AR3 realiza un estudio de Partograma a V1 en el cual se registró “FCF de 150, 01/153, 2/148, 3/153 (recalcado 163), 4/160, 5/159, 6/161, 7/168, 8/145”. En cuanto a la dilatación sólo se anotaron 3 registros, a las “03:30/5, 04:00/6-7, 07:00/7”. En el rubro donde se señalan las Horas en TDP (trabajo de parto) y Pelvis, no existe anotación alguna. En el apartado “DESCENSO DE LA PRESENTACIÓN Y BORRAMIENTO”, se menciona que “a su ingreso y a las 04:00 horas, presentó 80% borramiento”, precisando que sólo se registran contracciones “a las 00:30 horas”, en los rubros de “OXITOCINA y SIGNOS VITALES”, sin registro alguno. Al respecto el Perito Médico que colaboró con este Organismo Estatal precisa que en el mencionado examen se observa que la curva de dilatación y la curva de descenso presentan formas características con segmentos constantes que se correlacionan íntimamente con la dinámica y progreso del parto; por otro lado destaca la importancia de que el Partograma sea elaborado de manera correcta y con los datos detallados ya que el mismo es la representación gráfica en un plano cartesiano de la evolución de la dilatación cervical y del descenso fetal en relación con el tiempo transcurrido de trabajo de parto.

45. Igualmente el Perito Médico observó que en el multicitado estudio “*la Frecuencia Cardíaca Fetal se mantuvo en rangos normales según lo señalado en el Partograma (148-161 latidos por minuto) hasta las 06:00 horas del 17 de noviembre de 2015. Sin embargo, existe agregado al expediente una hoja de trazo tococardiográfico con nombre manuscrito de la paciente [V1] y en el costado izquierdo “17/NOV/15 00:45 HRS”, donde se aprecia una línea casi recta en el número que correspondería a “160”. Llamando la atención que en la parte inferior de la misma hoja se aprecia otro trazo tococardiográfico con leyenda impresa “07/02/2002 22.50.52”. Se hace la observación a este último párrafo es que al parecer sólo existe un trazo tococardiográfico de la*

misma paciente y el segundo trazo exhibido NO CORRESPONDE A LA MISMA PACIENTE”.

46. Asimismo señaló que en lo referente a los registros se observa “*en DILATACIÓN y BORRAMIENTO CERVICAL: a su ingreso con 5 cm y después de 6-7 horas ya no hubo más modificaciones cervicales, a las 06:00 horas continuaba con 7 cm resaltando que en la primera nota de valoración en el Hospital General de Playas de Rosarito del 16 de noviembre a las 19:04 ya presentaba una dilatación cervical de 5 cm y al momento de su traslado se señalan dilataciones cervicales entre los 5 y 7 cm. Por lo cual, a casi 12 horas no había presentado modificaciones cervicales en cuanto a dilatación y borramiento del cérvix; de acuerdo a la literatura médica obstétrica en la curva Friedman, una paciente multípara tiene una dilatación cervical en promedio de 1.5 centímetros por hora durando en promedio de seis a ocho horas, en tanto que una nulípara tiene una dilatación cervical en promedio de 1 centímetro por hora, durando su trabajo de parto de ocho a doce horas.- En otras palabras, la paciente NO PRESENTÓ PROGRESIÓN EN SU TRABAJO DE PARTO DESPUÉS DE CASI 12 HORAS, por lo que NO HUBO LA VIGILANCIA ADECUADA EN LA EVOLUCIÓN DE ÉSTE, ya que NO SE DETECTARON OPORTUNAMENTE LA PROGRESIÓN EN LAS MODIFICACIONES CERVICALES, EL DESCENSO DEL PRODUCTO POR EL CANAL DE PARTO”.*

47. A las 06:10 horas del 17 de noviembre de 2015, se valoró nuevamente a V1, con Diagnóstico Prequirúrgico: Embarazo de 40 sgd más TDPFA más falta de progresión de trabajo de parto, producto vivo cefálico longitudinal, 7cm de dilatación y 80% de borramiento, interrupción del embarazo vía abdominal. Posteriormente a las 06:30 horas se registró que por el momento no contaban con tiempo quirúrgico, ya que llegó a ese hospital una urgencia obstétrica por lo que deciden pasar a cesárea a V1 en cuanto se tenga tiempo quirúrgico disponible, se mantiene con vigilancia estrecha y monitoreo continuo fetal, iniciando con oscilaciones de frecuencia cardiaca fetal con una basal de 140 por minuto con descensos de hasta 110 latidos por minuto, por lo que se realizan maniobras de reanimación intrauterina y se solicita nuevamente quirófano que se encuentra ocupado por otra urgencia, señalando que pasará a quirófano a la brevedad posible para interrupción del embarazo.

48. De lo anterior, el Perito Médico observó que en la nota de las 06:30 horas del 17 de noviembre de 2015 se menciona *“que no es posible pasar a la paciente a la realización de su cesárea por no contar con tiempo quirúrgico por presentarse en ese hospital otra urgencia obstétrica”,* señalando que *“de ninguna forma se justifica su dicho; ya que no se exhiben documentales médicas-administrativas. Ignorándose con esto el número de personal especialista en ginecoobstetricia en el turno nocturno, número de personal en anestesiología, número de personal en enfermería en el área de quirófanos, número de salas de quirófanos con que cuenta dicho hospital, entre otros.* Por tanto, precisó que se está en la posibilidades de decir que se incumplió con lo señalado en 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, en la que se define que *“la emergencia obstétrica es la condición de complicación o interurrencia de la gestación que implica riesgo de movilidad o mortalidad materno-perinatal, que la distocia es la anormalidad en el mecanismo de parto que interfiere con la evolución fisiológica del mismo, que la calidad de la atención se considera a la secuencia de actividades que relacionan al prestador de los servicios con el usuario (oportunidad de la atención, accesibilidad a la unidad, tiempo de espera, así como de los resultados, que la calidez en la atención es el trato cordial, atento y con información que se proporciona al usuario del servicio, que la oportunidad en la atención es ocurrencia de la atención médica en el momento que se requiera y la realización de lo que se debe hacer con la secuencia adecuada y que la atención de una mujer con emergencia obstétrica debe ser prioritaria, y proporcionarse en cualquier unidad de salud de los sectores públicos, social y privado. Una vez resuelto el problema inmediato y que no se ponga en peligro la vida de la madre y el recién nacido, se procederá a efectuar la referencia a la unidad que le corresponda”.*

49. Paralelamente en el peritaje médico se señala que la atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y al recién nacido debe ser impartida con calidad y calidez, que la atención a toda mujer que ingrese para atención obstétrica se le elaborará, en su caso, el expediente clínico, la historia clínica, así como el partograma, el control del trabajo de parto normal debe incluir la verificación y registro de la contractilidad uterina y el latido cardíaco fetal, antes, durante y después de la contracción uterina al menos cada 30 minutos. La verificación y registro del progreso de la dilatación cervical a través de exploraciones vaginales racionales; de acuerdo a la evolución del trabajo del parto y el criterio médico; el registro del pulso, tensión arterial y temperatura como mínimo cada cuatro horas, considerando la evolución

clínica. Con lo que observó que *“tampoco hubo apego al Lineamiento Técnico para la Indicación y Práctica de la Operación Cesárea”* en la que se debió *“considerar la realización de una operación cesárea, cuando exista la asociación de alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal, detectada por medios clínicos y la presencia de líquido amniótico meconial, sobre todo si existieran cambios en la coloración y/o en la densidad de éste”*.

50. Asimismo el Perito Médico resaltó, que desde las 19:00 horas del día anterior, el 16 de noviembre de 2015, AR1 y otro médico especialistas del Hospital General de Playas de Rosarito ya habían advertido y corroborado los datos de sufrimiento fetal agudo (taquicardia sostenida) no reversible a maniobras de reanimación in útero y la ruptura de membranas (líquido amniótico de características meconiales) de 12 horas de evolución (a dicho de la paciente). Agregado a esto la falta de progresión en el trabajo de parto, como ya se hizo mención, desde las 19:02 horas del 16 de noviembre de 2015 que la paciente presentaba modificaciones cervicales de 5cm de dilatación y 50% de borramiento y que según el partograma no hubo ninguna progresión desde su ingreso (00:30 horas hasta las 06:00 horas del 17 de noviembre15).

51. Igualmente señaló que en *“la Nota de Ingreso del 17 de noviembre de 2015 de las 00:30 horas del Hospital General de Tijuana se señalan los signos vitales de la paciente que son casi “ilegibles” llamando la atención su frecuencia cardíaca de tres dígitos, esto mismo aparece en la frecuencia cardíaca de la nota del mismo día a las 06:10 horas, lo anterior, por los antecedentes obstétricos de la paciente de cursar con los diagnósticos de embarazo de término en fase activa, ruptura prematura de membranas (ya para en esos momentos de 12-15 horas de evolución) y el producto de la gestación con sufrimiento fetal agudo (corroborado por pruebas de bienestar fetal y no reversible a maniobras de reanimación in útero desde su estancia en el Hospital General de Playas de Rosarito) y de acuerdo a los criterios señalados en la Guía de Práctica Clínica para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de Corioamnionitis (infección del líquido amniótico, esto es, feto, cordón y líquido amniótico, que es causa importante de morbilidad materna y fetal)...”*.

52. El Perito Médico también refirió que *“El médico que brinda atención obstétrica debe considerar que la corioamnionitis puede estar presente con manifestaciones clínicas o sin las mismas, por lo que es importante una historia clínica y exploración física al igual que monitorización prenatal o postnatal, enfocada y preferentemente ante pacientes*

con evolución insidiosa auxiliarse con estudios complementarios para su abordaje diagnóstico [...] En la Corioamnionitis clínica las manifestaciones más frecuentes son: Taquicardia Materna + De 100 Latidos por minuto, Taquicardia Fetal + De 160 Latidos por minuto [...]. En el entendido que para corroborar si verdaderamente existió o no la patología llamada corioamnioitis lo recomendable hubiera sido el estudio hispatológico de la placenta y sus anexos que permiten detectar corioamnionitis clínica o subclínica, por lo que el médico puede apoyarse en este estudio ante los sospechos, señalando en la misma guía práctica clínica antes mencionada”.

53. El 17 de noviembre de 2015 se le practica a V1 la intervención quirúrgica y nace V2, señalándose en el Certificado de Nacimiento como fecha y hora del mismo el 17 de ese mes y año, a las 09:18 horas y como anomalía congénita, enfermedades o lesiones del nacimiento vivo con asfixia prenatal por lo que V2 permanece en el Área de Cuidados Intensivos.

54. El 19 de noviembre de 2015 V1 fue dada de alta del Hospital General de Tijuana y V2 perdió la vida, señalándose en el Certificados de Defunción y de Necropsia como hora de su defunción las 18:25 horas y como causas de la muerte: Choque cardiogénico, secundario a cardiomiopatía encefalopática hipóxico isquémica y asfixia perinatal.

55. De las irregularidades señaladas el Perito Médico que colaboró con este Organismo Estatal concluyó que: *“Primera.- LA ATENCIÓN MÉDICA brindada a V1 en el Hospital General de Playas de Rosarito dependiente de la Secretaría de Salud del Estado, el día 16 de noviembre de 2015 fue INADECUADA, debido a que la paciente contaba con el diagnóstico de Trabajo de Parto en Fase Activa y Ruptura Prematura de Membranas de 12 horas de evolución; OMITIENDO realizar una valoración e interrogatorio detallados y minuciosos para establecer las horas exactas y las características de la salida de líquido amniótico, la impregnación profiláctica con antibióticos, solicitud de laboratoriales, además de que una vez establecido el diagnóstico de Sufrimiento fetal agudo, obligadamente los médicos tratantes o que tuvieron a su cargo a esta paciente, debieron solicitar de forma inmediata el traslado de la paciente con urgencia obstétrica ante la ausencia de insumos materiales y personales; siendo trasladada hasta 4 horas después de su ingreso a este nosocomio, incumpliendo con la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido y con la Guía Práctica*

Clínica para la Prevención Diagnóstico y Tratamiento de Corioamnionitis en los tres niveles de Atención”.

56. *“Segunda.- La ATENCIÓN MÉDICA especializada en el servicio de Ginecoobstetricia del Hospital General de Tijuana dependiente de la Secretaría de Salud del Estado en fecha 17 de noviembre de 2015 (de las 00:30 a las 07:00 horas) a [V1] se considera como INADECUADA de acuerdo a los criterios y procedimientos establecidos en la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993 Atención de la Mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido”.*

57. *“Tercera.- Se considera que el servicio de Ginecoobstetricia del Hospital General de Tijuana [...] en fecha 17 de noviembre de 2015 durante las 00:30 y las 07:00 horas tiempo en el cual recibió atención médica [V1] existió DILACIÓN EN LA ATENCIÓN MÉDICA, TRATAMIENTO y DIAGNÓSTICO de acuerdo a los criterios y procedimientos establecidos en la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993 Atención de la Mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido y en el Lineamiento Técnico para la Indicación en la Práctica de la Operación Cesárea”.*

58. *“Cuarta.- Debido a la DILACIÓN en la ATENCIÓN MÉDICA, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO del BINOMIO MATERNO FETAL en fecha 17 de noviembre de 2015 por el servicio de Ginecoobstetricia en el Hospital General Tijuana [...] durante las 00:30 y las 07:00 horas estamos en posibilidad de concluir que derivaron directamente en las complicaciones fetales, mismas que pudieron ser prevenibles y evitar la muerte del recién nacido [V2]. Según y de acuerdo a los criterios y procedimientos establecidos en la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993 Atención de la Mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido”.*

59. *“Quinta.- El TRATAMIENTO QUIRÚRGICO (cesárea) proporcionado a [V1] por el servicio de Ginecoobstetricia en fecha 17 de noviembre de 2015 a las 08:00 horas en el Hospital General de Tijuana se considera como ADECUADO y acorde al diagnóstico de Embarazo de 40 semanas de gestación, trabajo de parto en fase activa y baja reserva fetal”.*

60. Esta Comisión Estatal advierte que de todo lo antes descrito, se observó que AR1, AR2 y AR3 médicos adscritos al Hospital General de Playas de Rosarito y del Hospital General de Tijuana, respectivamente, debieron considerar el estado de la paciente y

del producto de la gestación, realizando una adecuada valoración que les permitiera emitir un diagnóstico certero sobre el embarazo de alto riesgo que cursaba y con ello, proporcionarles a V1 y V2 la atención médica que requerían con la calidad y calidez que debe imperar en la prestación de dicho servicio público, situación que de acuerdo con las consideraciones expuestas no se llevó a cabo.

61. Es importante señalar que los numerales 5.1.1, 5.1.3, 5.1.4 y 5.1.5 de la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, establecen con claridad que *“la atención de una mujer con emergencia obstétrica debe ser prioritaria”*; también que: *“la mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y del niño pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito, mediante la aplicación de procedimientos normados para la atención, entre los que destacan el uso del enfoque de riesgo y la realización de actividades eminentemente preventivas y la eliminación o racionalización de algunas prácticas que llevadas a cabo en forma rutinaria aumentan los riesgos”*, para lo cual disponen, entre otros, brindar una atención oportuna, *“con calidad y calidez”*.

62. Se observa que AR1, AR2 y AR3, desde el ingreso de V1, al Hospital General de Playas de Rosarito y al Hospital General de Tijuana incumplieron con la aplicación de la referida Norma Oficial Mexicana 007-SSA2-1993 y de la mencionada Guía Práctica Clínica para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de Corioamnionitis en los Tres Niveles de Atención, debido a que se omitió una valoración e interrogatorio detallados y minuciosos para establecer las horas exactas y las características de la salida de líquido amniótico, la prescripción de antimicrobianos profilácticos para la ruptura prematura de membranas, la realización de estudios de laboratorio y gabinete específicos de procesos infecciosos, la demora en el traslado de V1 a un Hospital de Alta Especialidad debido a la falta de recursos humanos y materiales, aunado a que no hubo la vigilancia adecuada en la evolución de éste ya que no se detectaron oportunamente la progresión en las modificaciones cervicales y el descenso del producto por el canal de parto, así como la dilación en la falta injustificada de un quirófano para practicarle la cesárea, causando, con tales omisiones, la pérdida del producto de la gestación, V2.

63. El contenido de la Norma Oficial NOM-007-SSA2-1993 *“Atención de la Mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido”*, es un referente para la toma de decisiones clínicas, establecidas en recomendaciones respaldadas en la

mejor evidencia disponible, uniendo criterios de diagnóstico y tratamiento que permitan la disminución de la mortalidad perinatal, de las secuelas y mortalidad materna, además de favorecer una mejor efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, favoreciendo de esta manera al bienestar de las personas, el cual es el objeto central de los servicios de salud.

64. En ese sentido se observa que AR1 y AR2, personal médico adscrito al Hospital General de Playas de Rosarito y AR3 personal médico adscrito del Hospital General de Tijuana, dependientes de la Secretaría de Salud del Estado de Baja California vulneraron el derecho a la protección de la salud de V1 y V2, contenido en los artículos 1º, párrafos primero, segundo y tercero y 4, párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1 fracción I, 3, fracciones I, V; 4, fracción II, 16, 19, fracciones II, III, y VII; 20, 21, fracciones I y II; 22, fracciones I y II, 42 de la Ley de Salud Pública del Estado de Baja California; así como el contenido de la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993 y la Guía Práctica Clínica para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de Corioamnionitis en los Tres Niveles de Atención.

65. Igualmente dejaron de observar el contenido de los artículos 12.2, inciso a) y d) del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos; XI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; 10 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 12.2 del Convenio sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, los cuales confirman el contenido de los preceptos constitucionales citados, al disponer la necesidad de asegurar la plena efectividad y alcance del más alto nivel de salud para todos los individuos, especialmente de las mujeres, como también el margen mínimo de calidad en los servicios médicos que el Estado debe proporcionar a su población, en cuanto al disfrute de un servicio médico, y de adoptar las medidas necesarias para su plena efectividad.

66. Además se vulneró el derecho a la vida en agravio de V2, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 6.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; 4.1, de la Convención Americana Sobre Derechos Humanos (Pacto de San José); I de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; 3 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos y 12.2, inciso a), del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; los cuales en términos generales

establecen que el derecho a la vida es inherente a toda persona, que nadie puede coartar el goce del mismo y que la vida debe estar protegida por el Estado, las Leyes y los Tratados Internacionales.

67. En consecuencia, AR1 y AR2 médicos adscritos al Hospital General de Playas de Rosarito, AR3 médicos adscritos al Hospital General de Tijuana, dejaron de observar lo dispuesto por el artículo 46, fracciones I y II, de la Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Baja California, que prevén la obligación de los servidores públicos de cumplir con el servicio encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause su suspensión o deficiencia, o implique el incumplimiento de cualquier disposición legal, reglamentaria o administrativa relacionada con el servicio público; y que deberán observar los principios de responsabilidad, ética profesional, excelencia, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia en la prestación de los servicios.

68. Por otro lado, resulta preocupante para este Organismo Estatal el hecho de que existan casos en los que se ponga en riesgo la protección de la salud del binomio, lo cual en muchos de los casos ha derivado en una violencia obstétrica misma que es considerada como una modalidad de violencia institucional y de género, así como toda acción, omisión o inadecuada atención médica cometida por los prestadores de servicios de la salud públicos o privados, que se exprese entre otros, en un trato deshumanizado que dañe física o psicológicamente e incluso llegue a provocar la muerte.

69. Al respecto, en el portal <http://www.portalfio.org/iberoamerica-se-une-ante-situacion-de-violencia-obstetrica-que-sufren-las-mujeres/> la Red de Defensoría de Mujeres de la Federación Iberoamericana del Ombudsman dio a conocer algunos tipos de violencia obstétrica que sufren las mujeres, siendo estos: *“la no atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas; obligar a la mujer a dar a luz en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical; obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre, sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo o cargarla y amamantarlo o amamantarla inmediatamente al nacer; alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnica de aceleración sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer; practicar el parto por cesárea, existiendo condiciones para el parto natural sin obtener el consentimiento*

voluntario, expreso e informado de la mujer y no permitir a la mujer que pueda estar acompañada por una persona de su confianza y elección antes, durante y después del parto”.

70. Al igual que otros tipos de violencia hacia las mujeres, la violencia obstétrica ha sido naturalizada e invisibilizada, de tal suerte que muchas de las mujeres embarazadas que acuden a los hospitales públicos para que se les brinde atención médica la viven y creen que es normal o natural, porque al desconocer sus derechos humanos reproducen comportamientos de sumisión frente al personal de salud por temor a no ser atendidas.

71. La Organización Mundial de la Salud, en el documento denominado *“Prevención y erradicación de a falta de respeto y del maltrato durante la atención del parto en centros de salud”*, publicado en 2014, declaró que *“Todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en salud, que incluye el derecho a una atención digna y respetuosa en el embarazo y en el parto, y el derecho a no sufrir violencia ni discriminación. El maltrato, la negligencia o la falta de respeto en el parto pueden constituirse en una violación de los derechos humanos fundamentales de las mujeres, descritos en las normas y los principios internacionales de derechos humanos”.*

72. También señala que *“Si bien es posible que, durante el embarazo, el parto y el puerperio, se trate a las mujeres de manera irrespetuosa y ofensiva, hay que tener presente que ellas son especialmente vulnerables durante el parto [...]. En los informes sobre el trato irrespetuoso y ofensivo durante el parto en centros de salud, se hace mención a un evidente maltrato físico, una profunda humillación, [...], rechazo de la admisión en centros de salud, negligencia hacia las mujeres durante el parto –lo que deriva en complicaciones potencialmente mortales, pero evitables-“.*

73. Por lo expuesto en los párrafos que anteceden esta Comisión Estatal hace un llamado a las instituciones de salud a fin de que proporcionen a las mujeres que cursan con un embarazo el servicio de salud de manera inmediata y digna, prevaleciendo simple la prevención, protección, cuidados y seguimiento puntual desde el momento del comienzo del trabajo de labor de parto hasta su conclusión y alta del nosocomio en el que fueron atendidas.

B. DEL EXPEDIENTE CLÍNICO.

74. Con relación al expediente clínico, el Perito Médico coadyuvante con esta Comisión Estatal detectó algunas inconsistencias como lo son las siguientes “...en las documentales médico legales existentes en el expediente clínico en cuestión no existe justificación clara de que se realizara seguimiento de acuerdo a los criterios establecidos: iniciando con el llenado completo y claro del partograma, sólo hay dos notas elaboradas por el médico especialista en donde menciona los resultados a la monitorización con el tococardiógrafo (01:20 horas y al parecer a las 07:00 horas); en la nota prequirúrgica solo emite el diagnóstico, falta de progresión de trabajo de parto, sin más elementos que justifiquen el hecho, como, las horas con que contaba la paciente en trabajo de parto fase activa, tampoco hace mención de la frecuencia cardíaca fetal en esos momentos, ni de la presencia de meconio en el líquido amniótico”.

75. Asimismo aseveró que “...en una HOJA DE INDICACIONES MÉDICAS de fecha 17-11-15 a las 00:30”...2.- Sol. (a máquina mecanográfica) Glucosada (esta manuscrita y un espacio) 1000cc p-6 hrs (a máquina taquimecanográfica) 3.- Pendiente (a máquina mecanográfica y sobrepuesta la letra “X” Amikacina 1 gr iv cada 24 horas... vigilar fcf y actividad uterina [...] labs: bhc, tp, tpt, gpo y rh. Pruebas rápidas de VIH y sífilis. Preparar para parto. Pasa a labor. PSS. Curva térmica c/4 horas. DR. [...] (SIN RÚBRICA, SIN FIRMA, SIN NÚMERO DE EMPLEADO, SIN CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO DE BASE).

76. Continuo exponiendo que “En la parte superior derecha de la misma hoja y manuscrita, textualmente: 114, 100/68, 117, 20, 36.5, ignoramos si dichos signos vitales pertenecen a la paciente. La CARTA CONSENTIMIENTO VÁLIDAMENTE INFORMADO existen en este expediente clínico del servicio de GINECOLOGÍA-OBSTETRICIA del Hospital General de Tijuana se encuentra mal requisitada, sólo aparece el nombre manuscrito de la paciente, el nombre manuscrito del médico de base DR. [...] SIN FIRMA, no hay firma de testigos, no señala los beneficios, sólo se limita a señalar algunos riesgos y complicaciones hemorragia, sepsis, muerte”.

77. Agregó que “A la lectura del expediente clínico, no encontraron notas médicas de la evolución del Recién Nacido, solo se cuenta con la NOTA DE DEFUNCIÓN”. Haciendo hincapié “[...] que los involucrados no se apegan a lo establecido [...] siendo

de carácter obligatorio en la Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico NOM-004-SSA3-2012: [...] Las notas médicas y reportes a que se refiere esta norma deberán contener: nombre completo del paciente, edad, sexo y en su caso, número de cama o expediente [...] Todas las notas en el expediente clínico deberán contener fecha, hora y nombre completo de quien la elabora, así como la firma autógrafa, electrónica o digital, según sea el caso; estas dos últimas se sujetarán a las disposiciones jurídicas aplicables [...]. Las notas en el expediente deberán expresarse en lenguaje técnico-médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado [...].”

78. Además el peritaje médico señala que “*el expediente clínico en consulta general y de especialidad: [...]. Deberá contar con: Historia Clínica. Deberá elaborarla el personal médico y otros profesionales del área de la salud, de acuerdo con las necesidades específicas de información de cada uno de ellos en particular, deberán tener, en el orden señalado, los apartados siguientes: Interrogatorio. Deberá tener como mínimo.- Ficha de identificación, en su caso, grupo étnico, antecedentes heredo-familiares, antecedentes personales patológicos (incluido uso y dependencia del tabaco, del alcohol y otras sustancias psicoactivas) y no patológicos, padecimiento actual (indagar acerca de tratamientos previos de tipo convencional, alternativos y tradicionales) e interrogatorio por aparatos y sistemas; Exploración física.- Deberá tener como mínimo: habitus exterior, signos vitales (temperatura, tensión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria), peso y talla, así como, datos de la cabeza, cuello, tórax, abdomen, miembros y genitales o específicamente la información que corresponda a la materia del odontólogo, psicólogo, nutriólogo y otros profesionales de la salud; Resultados previos y actuales de estudios de laboratorio, gabinete y otros; Diagnósticos o problemas clínicos; Pronósticos; Indicación terapéutica...”*

79. También señala que “*La nota de evolución. Deberá elaborarla el médico cada vez que proporciona atención al paciente ambulatorio, de acuerdo con el estado clínico del paciente. Describirá lo siguiente: Evolución y actualización el cuadro clínico (en su caso, incluir abuso y dependencia del tabaco, del alcohol y de otras sustancias psicoactivas); Signos vitales, según se considere necesario. Resultados relevantes de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento que haya sido solicitados previamente; Diagnósticos o problemas clínicos; Pronóstico; Tratamiento e indicaciones médicas; en el caso de medicamentos, señalando como mínimo la dosis, vía de administración y periodicidad... Nota de referencia/traslado. De requerirse,*

deberá elaborarla un médico del establecimiento y deberá anexarse copia del resumen clínico con que se envía el paciente, constará de: Establecimiento que envía; Establecimiento receptor; Resumen clínico, que incluirá como mínimo: Motivo de envío; Impresión diagnóstica (incluido abuso y dependencia del tabaco, del alcohol y de otras sustancias psicoactivas) Terapéutica empleada, si la hubo [...]”.

80. Puntualiza que *“De las notas médicas en hospitalización: De ingreso: Deberá elaborarla el médico que ingresa al paciente y deberá contener como mínimo los datos siguientes: Signos vitales: Resumen del interrogatorio, exploración física y estado mental, en su caso; Resultados de estudios, de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento; Tratamiento y pronóstico. Historia clínica. Nota de evolución. Deberá elaborarla el médico que otorga la atención al paciente cuando menos una vez por día [...] Otros documentos. Además de los documentos mencionados, debido a que sobresalen por su frecuencia, pueden existir otros del ámbito ambulatorio u hospitalario que por ser elaborados por personal médico, técnico o administrativo, obligatoriamente deben formar parte del expediente clínico: Cartas de consentimiento informado. Deberán contener como mínimo: Nombre de la institución a la que pertenezca el establecimiento, en su caso: Nombre, razón o denominación social del establecimiento; Título del documento; Lugar y fecha en que se emite; Acto autorizado; señalamiento de los riesgos y beneficios esperados del acto médico autorizado; Autorización al personal de salud para la atención de contingencias y urgencias derivadas del acto autorizado, atendiendo el principio de libertad prescriptiva; y nombre completo y firma del paciente, si su estado de salud lo permite, en caso de que su estado de salud no le permita firmar y emitir su consentimiento, deberá asentarse el nombre completo y firma del familiar más cercano en vínculo que se encuentre presente, del tutor o del representante legal; Nombre completo y firma del médico que proporciona la información y recaba el consentimiento para el acto específico que fue otorgado, en su caso, se asentarán los datos del médico tratante. Nombre completo y firma de dos testigos”.*

81. Por todo lo anterior, el Perito Médico concluyó que se observan OMISIONES en el cumplimiento a lo establecido en la NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico.

82. Las referidas irregularidades son un impedimento para conocer el historial clínico detallado del paciente a fin de deslindar las responsabilidades que correspondan, vulnerándose con ello el derecho que tienen las víctimas y sus familiares de que se

conozca la verdad respecto de la atención médica que se les proporcionó en una institución pública de salud.

83. Por ello, la falta del expediente clínico o la deficiente integración del mismo, así como la ausencia de normas que regulen esta materia al amparo de normas éticas y reglas de buena práctica, constituyen omisiones que deben ser analizadas y valoradas en atención a sus consecuencias, para establecer la posible existencia de responsabilidades de diversa naturaleza.

84. En relación con lo anterior, la sentencia del caso *“Albán Cornejo y otros vs. Ecuador”*, de 22 de noviembre de 2007, emitida por la Corte Interamericana de Derechos Humanos, en el numeral 68, refiere la relevancia que tiene un expediente médico adecuadamente integrado como un instrumento guía para el tratamiento médico y constituya una fuente razonable de conocimiento acerca de la situación del enfermo, las medidas adoptadas para controlarla y, en su caso, las consecuentes responsabilidades.

85. De lo mencionado cabe señalar que los pronunciamientos de la Corte Interamericana de Derechos Humanos son de observancia obligatoria para el Estado mexicano, de conformidad con el artículo 62 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, según lo señalan los numerales 1 y 2, de la Declaración para el Reconocimiento de la Competencia Contenciosa de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, publicada en el Diario Oficial de la Federación de 24 de febrero de 1999.

C. REPARACIÓN DEL DAÑO.

86. El deber de reparar las violaciones a los derechos humanos de V1 y V2 cometidas por servidores públicos del Estado de Baja California deriva de diversos ordenamientos y criterios doctrinales y jurisprudenciales tanto nacionales como internacionales. En primer lugar, el artículo 1º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece en su párrafo tercero que *“Todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los*

términos que establezca la ley"; asimismo el artículo 113 Constitucional párrafo segundo prevé que *“La responsabilidad del Estado por los daños que, con motivo de su actividad administrativa irregular, cause en los bienes o derechos de los particulares, será objetiva y directa. Los particulares tendrán derecho a una indemnización conforme a las bases, límites y procedimientos que establezcan las leyes”*, entre ellas la atención psicológica.

87. Es preciso señalar que el Estado de Baja California no cuenta con reglamentación en materia de atención a víctimas de derechos humanos, por lo que supletoriamente se está a lo que se establece en la Ley General de Víctimas, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 9 de enero de 2013, misma que por su naturaleza jurídica tiene un ámbito de validez nacional, esto es, debe ser cumplida por autoridades de toda índole, incluidas las autoridades estatales y sus alcances no pueden en modo alguno ser alterados o disminuidos.

88. Por lo anterior, la Ley General de Víctimas establece en su artículo 26 que las víctimas tienen derecho a ser reparadas de manera oportuna, plena, diferenciada, transformadora, efectiva e integralmente 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 restitución, rehabilitación, compensación, satisfacción y medidas de no repetición.

89. En el ámbito internacional, el principio 15 de los Principios y directrices básicos sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del derecho internacional a interponer recursos y obtener reparaciones (Resolución aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas de Derechos Humanos el 16 de diciembre de 2005) señala que *“una reparación adecuada, efectiva y rápida tiene por finalidad promover la justicia, remediando las violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos o las violaciones graves del derecho internacional humanitario. La reparación ha de ser proporcional a la gravedad de las violaciones y al daño sufrido”*.

90. Al respecto, el Doctor Sergio García Ramírez en su publicación denominada *“La Corte Interamericana de Derechos Humanos”*, ha señalado que la violación a derechos humanos constituye una hipótesis normativa acreditable y declarable, y que la

reparación es la consecuencia jurídica de la vulneración. La naturaleza y características de la primera determinan las de la segunda, que también se puede y se suele expresar en términos diferentes: así, la reparación reflejará la naturaleza del bien lesionado o asumirá otro carácter, siempre compensatorio.

91. Habida cuenta de lo anterior, esta Comisión Estatal considera procedente la reparación de los daños ocasionados a V1 y V2 en los supuestos y términos siguientes:

92. En cuanto a la rehabilitación, en el presente caso se deberán considerar los daños psicológicos sufridos por V1 por la pérdida de la vida de V2. La atención deberá ser proporcionada por un profesional especializado en psicología, de forma gratuita la cual deberá ser brindada en un lugar accesible para ellos, hasta su total recuperación emocional y psicológica.

93. La garantía de no repetición consiste en implementar las medidas que sean necesarias para conseguir que los hechos violatorios de derechos humanos no se repitan. De conformidad con ello, es necesario que las autoridades diseñen y lleven a cabo un Programa integral de capacitación y formación, dirigido a todo el personal médico del Hospital General de Playas de Rosarito y del Hospital General de Tijuana, en el que se incluyan temas relativos a los derechos humanos de los pacientes, y las Normas Oficiales Mexicanas en materia de salud, en particular las relativas *“Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y Del Recién Nacido, Criterios y Procedimientos para la Prestación del Servicio”* y *“Del expediente clínico”* con el objetivo de que cuenten con los conocimientos legales, técnicos y científicos que les permitan desempeñar sus funciones de manera correcta, oportuna y efectiva.

94. Como medida de satisfacción y como parte de la reparación del daño ocasionado a V1, se deberá iniciar y dar seguimiento a las investigaciones administrativas que correspondan por las violaciones a los derechos humanos en que incurrieron AR1, AR2 y AR3 hasta que se determine si en el presente caso hubo responsabilidad administrativa.

95. La indemnización consiste en reparar el daño causado, sea material o inmaterial, y permite compensar con un bien útil la pérdida o el menoscabo de un bien de la misma naturaleza e incluso de una diferente.

96. La Comisión de Derecho Internacional incluye los perjuicios morales dentro de los daños que deben ser objeto de reparación, por lo tanto la indemnización del daño moral es parte de lo que en derecho internacional se entiende como la obligación de reparar íntegramente los perjuicios. Se entiende que la indemnización de este tipo de daño es parte de la *restitutio in integrum* que debe guiar la determinación de reparaciones, es decir, que la reparación no es completa si se limita exclusivamente a los daños materiales, y que el sufrimiento y otras consecuencias inmateriales deben también ser objeto de reparación para restituir a las víctimas a la situación anterior.

97. Si bien es cierto, el daño inmaterial es inherentemente difícil de reparar, ya que no hay nada que pueda compensar el dolor de perder un ser querido, por lo que la compensación por el sufrimiento será siempre insuficiente y de carácter paliativo, traduciéndose en el otorgamiento de un bien que no es equivalente para hacer más llevadero un mal inconmensurable, por ello la reparación monetaria en estos casos es insuficiente, sin embargo debe tomarse en cuenta y hacer todo lo que esté al alcance de la autoridad señalada como responsable para restituirla, por lo que se sugiere que en los casos que la normatividad por la que se rigen requiera de un procedimiento civil o administrativo para dar cumplimiento, éste sea llevado por la propia autoridad o bien solicite la colaboración de otra dependencia y no condicionen a la víctima para que por sus propios medios lo realice ya que esto representaría una revictimización.

98. Debe precisarse que si bien una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño derivado de la responsabilidad profesional e institucional consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente, también lo es que el sistema no jurisdiccional de protección de derechos humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 1º, párrafo tercero y 113, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 45, párrafo segundo, de la Ley de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Baja California; prevén la posibilidad de que al evidenciarse una violación a los derechos humanos atribuible a un servidor público, la Recomendación que se formule a la dependencia pública debe incluir las medidas que procedan, a efecto de lograr la efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales y las relativas a la reparación de los daños y perjuicios que se hubieran ocasionado, para lo cual el Estado debe investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos que se establezca en la ley.

99. En consecuencia, esta Comisión Estatal de los Derechos Humanos se permite formular respetuosamente a usted, Secretario de Salud y Director General del Instituto de Servicios de Salud Pública del Estado de Baja California las siguientes:

V. RECOMENDACIONES

PRIMERA. Se tomen las medidas necesarias para reparar el daño ocasionado a V1, con motivo de la responsabilidad en que incurrió el personal adscrito al Hospital General de Playas de Rosarito y al Hospital General de Tijuana, involucrados en los hechos, derivada de la violación a los derechos humanos precisados en la presente Recomendación, que culminaron en la pérdida de la vida en agravio de V2, incluyendo la compensación que corresponda, así como, la atención psicológica que se requiera hasta su total restablecimiento; y se envíen a este Organismo Estatal las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Se realicen las medidas necesarias para que en todos los nosocomios de la Secretaría de Salud, especialmente en el Hospital General Playas de Rosarito se cuente con el recurso humano y material suficiente y necesario para la atención de los usuarios, en especial lo relativo a emergencias obstétricas.

TERCERA. Se adopten las medidas necesarias para que en todos los nosocomios de la Secretaría de Salud, específicamente en el Hospital General de Tijuana se brinde la atención médica, tratamiento y diagnóstico de acuerdo a los criterios y procedimientos establecidos en la Norma Oficial NOM-007-SSA2-1993 Atención de la Mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido y en el Lineamiento Técnico para la Indicación en la práctica de la Operación Cesárea, a fin de que se dé una atención oportuna y de calidad.

CUARTA. Se diseñe e imparta un curso integral a todos los servidores públicos adscritos al Hospital General de Playas de Rosarito y del Hospital General de Tijuana, sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos, protección a la salud, conocimiento, manejo y observancia de las normas oficiales mexicanas en especial de la 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”* y NOM-004-SSA3-2012. *“Del expediente clínico”*. De igual forma, los manuales y el contenido de los cursos deberán estar disponibles de forma electrónica

y en línea, a fin de que puedan ser consultados con facilidad y en un lenguaje claro; enviando a esta Comisión Estatal las pruebas de su cumplimiento.

QUINTA. Se gire una circular todos los nosocomios de la Secretaría de Salud y en especial a los adscritos al Hospital General de Playas de Rosarito y del Hospital General de Tijuana para que adopten las medidas necesarias y efectivas que garanticen la debida integración de los expedientes clínicos que se generen con motivo de la atención médica que brinda, observando para ello lo dispuesto en la legislación estatal, nacional, internacional y normas oficiales mexicanas; enviando a esta Comisión Estatal las constancias de su cumplimiento.

SEXTA. Se colabore con este Organismo Estatal en la presentación y seguimiento de la queja que se interponga ante la Contraloría Interna del Instituto de Servicios de Salud Pública del Estado de Baja California, en contra de AR1, AR2 y AR3 y se envíen a esta Comisión Estatal las constancias que acrediten su debido cumplimiento.

SÉPTIMA. Se colabore en el seguimiento de la Averiguación Previa No. 1 seguida en contra de quien resulte responsable, y envíe a esta Comisión Estatal las constancias que acrediten lo solicitado.

OCTAVA. Se diseñe un programa para mejorar la calidad de la atención médica que le sea brindada a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, con el fin de prevenir la violencia obstétrica.

100. La presente Recomendación, de acuerdo con lo señalado en el artículo 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, tiene el carácter de pública y se emite con el propósito fundamental tanto de hacer una declaración respecto de actos violatorios a los derechos humanos cometidos por servidores públicos en el ejercicio de las facultades que expresamente les confiere la Ley, así como de obtener, en los términos que establece el artículo 1, párrafo tercero constitucional, la investigación que proceda por parte de las dependencias administrativas o cualquiera otras autoridades competentes para que, dentro de sus atribuciones, apliquen las sanciones conducente y se subsane la irregularidad de que se trate.

101. De conformidad con los artículos 47 de la Ley de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Baja California y 129 de su Reglamento Interno, se solicita a usted que la respuesta sobre la aceptación de esta Recomendación sea informada dentro del término de 10 días hábiles siguientes a su notificación.

102. Con el mismo fundamento jurídico, se solicita a usted que, en su caso, las pruebas correspondientes al cumplimiento de la Recomendación se envíen a esta Comisión Estatal dentro de un término de cinco días hábiles siguientes al periodo señalado para su aceptación, de lo contrario dará lugar a que se interprete que no fue aceptada.

103. Cuando las Recomendaciones no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o servidores públicos, la Comisión Estatal de los Derechos Humanos 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, se podrá solicitar al Congreso del Estado su comparecencia, a efecto de que explique el motivo de su negativa.

LA PRESIDENTA

LIC. MELBA ADRIANA OLVERA RODRÍGUEZ