RECOMENDACIÓN No. 3/2018

SOBRE EL CASO DE INADECUADA ATENCIÓN MÉDICA Y PÉRDIDA DE LA VIDA EN AGRAVIO DE V1, EN EL HOSPITAL GENERAL DE TECATE, BAJA CALIFORNIA.

Tijuana, B. C., a 18 de julio de 2018.

DR. GUILLERMO TREJO DOZAL
SECRETARIO DE SALUD Y DIRECTOR GENERAL
DEL INSTITUTO DE SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA
DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA.

LIC. PERLA DEL SOCORRO IBARRA LEYVA
PROCURADORA GENERAL DE JUSTICIA
DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA.

Respetables Secretario y Procuradora:

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; 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, 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, 118, fracción IV, 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/TEC/Q/536/11/4VG**, relacionado con el caso de V1.

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 6 Apartado A, fracción II de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 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; 15, fracción VI, 16,

fracción VI y 80 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública para el Estado de Baja California y 116 de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública. 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. Aproximadamente a las 00:45 horas del 1 de julio de 2011, V1 (mujer de 35 años de edad) acudió al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de Tecate adscrito a la Secretaría de Salud del Estado de Baja California para que se le brindara atención de trabajo de parto de su octavo embarazo, naciendo su hijo a las 01:00 horas de ese mismo día.

4. En esa fecha V1 solicitó como método de planificación familiar definitivo una oclusión tubaria bilateral (OTB) o salpingoclasia [1] por paridad satisfecha [2], presentándose durante el evento quirúrgico un episodio de hipoxia[3] con duración de 1 a 2 minutos del cual se recuperó al dar posición a la vía aérea y aumentando el flujo de oxígeno por las puntas nasales, agregándose un episodio de hipotensión[4] sanguínea recuperándose con la administración de Efedrina[5], sin embargo, se registró un nuevo evento de hipotensión y apnea[6].

5. Asimismo, V1 presentó estridor[7] laríngeo y datos de laringoespasmo[8], lo cual evolucionó hasta mostrar congestión con mal manejo de secreciones, además de

[1] Método de anticoncepción permanente o definitiva que se realiza en aquellas mujeres que tienen el número de hijos deseado y no quieren tener más embarazos, este procedimiento de anticoncepción se realiza en la mujer después de un parto, aborto, durante la cesárea o en cualquier momento que la mujer decida no tener más hijos. Consiste en realizar una pequeña incisión quirúrgica, que se puede efectuar a través del ombligo en el momento inmediato a la atención del parto, o a nivel del nacimiento del vello púbico; también se puede realizar durante una cesárea. Para realizarla se pueden emplear diferentes tipos de anestesia dependiendo de las características físicas de la mujer. A través de una pequeña herida efectuada en los sitios mencionados, se identifican las trompas uterinas, las cuales se cortan y se ligan para impedir el paso del óvulo y de los espermatozoides evitando así el embarazo.

[2] Es cuando la pareja decide que ya no quiere tener más hijos y decide alguno de los dos someterse a un procedimiento definitivo para no tener más hijos.

[3] Es un estado de deficiencia de oxígeno en la sangre, células y tejidos del organismo, con compromiso de la función de los mismos.

[4] Condición anormal en la que la presión sanguínea de una persona es mucho más baja de lo usual.

[5] Medicamento utilizado para el tratamiento de la hipotensión en el curso de la anestesia espinal o epidural en cirugía u obstetricia y en el curso de la anestesia general.

[6] Suspensión transitoria de la respiración.

[7] Sonido respiratorio agudo resultante del paso turbulento del aire en la laringe o menor en el árbol bronquial.

[8] Se refiere al cierre brusco y súbito de la laringe que ocasiona una obstrucción de la vía aérea provocando dificultad para respirar.

iniciar con movimientos involuntarios de tronco y extremidades torácicas, determinándose como impresión diagnóstica probable raquia masiva, reacción medicamentosa y encefalopatía hipóxica.

6. Durante su estancia hospitalaria V1 continúo con deterioro del estado neurológico y actitud de descerebración[9], indicando los médicos tratantes que el estado de inconsciencia se debía probablemente a la apnea, reportándola con los diagnósticos de *"Encefalopatía hipóxico isquémica[10] y neumonitis[11] por aspiración"*, estado de salud grave y con un pronóstico reservado, por lo que se solicitó su traslado a un Hospital que contara con Unidad de Cuidados Intensivos.

7. En virtud de lo anterior, el 4 de julio de 2011, V1 fue trasladada al Hospital General de Tijuana adscrito a la Secretaría de Salud del Estado de Baja California, ingresando directamente a la Unidad de Cuidados Intensivos con los diagnósticos de *"Neumonía por broncoaspiración [12], Encefalopatía anoxoisquémica [13], Postoperada de Oclusión Tubárica Bilateral[14] y Puerperio [15]Fisiológico"*; durante su internamiento se mantuvo sin cambios neurológicos, por tal motivo y toda vez que no cumplía con los criterios para permanecer en dicha Unidad, se indicó su traslado al Hospital General de Tecate el 9 de agosto de 2011 con los diagnósticos de *"Encefalopatía anoxoisquémica, Postoperada de Gastrostomía[16], Traqueostomía[17] y Puerperio Patológico tardío[18]"*.

8. El 19 de septiembre de 2011, V1 manifestó datos clínicos de patología abdominal y fue valorada en varias ocasiones por los especialistas en Cirugía General del

---

[9] Estado morboso producido por la pérdida de la actividad funcional del cerebro.

[10] La encefalopatía hipóxica isquémica es un estado anatomofuncional anormal del sistema nervioso central (SNC) que produce signos neurológicos en las primeras 24 horas.

[11] Se refiere a la inflamación del tejido pulmonar.

[12] La neumonía por aspiración ocurre cuando se inhala alimento, saliva, líquidos o vómito hacia los pulmones o las vías respiratorias que llevan a estos, en lugar de tragarse a través del esófago y el estómago.

[13] La encefalopatía anoxo-isquémica es el síndrome producido por el desequilibrio entre la disminución del aporte de oxígeno y del flujo sanguíneo cerebral.

[14] La oclusión tubaria bilateral es un método anticonceptivo permanente, considerado una cirugía de esterilización femenina que consiste en la obstrucción de ambas trompas uterinas, donde se separan, se ligan y se cortan los polos para dar un mayor rango de seguridad.

[15] Período que inmediatamente sigue al parto y que se extiende el tiempo necesario (usualmente 6-8 semanas, o 40 días) para que el cuerpo materno —incluyendo las hormonas y el aparato reproductor femenino— vuelvan a las condiciones pregestacionales, aminorando las características adquiridas durante el embarazo.

[16] Intervención quirúrgica que consiste en la apertura de un orificio en la pared anterior del abdomen para introducir una sonda de alimentación en el estómago.

[17] Una traqueostomía es un procedimiento quirúrgico realizado con objeto de crear una abertura dentro de la tráquea, a través de una incisión ejecutada en el cuello, y la inserción de un tubo o cánula para facilitar el paso del aire a los pulmones.

[18] El puerperio o postparto, conocido como cuarentena, es el período de tiempo que se inicia tras el parto, el puerperio tardío abarca hasta los 6 meses después del parto.

Hospital General de Tecate, mismos que establecieron que era candidata a exploración abdominal quirúrgica en la que se encontró: *"perforación a nivel prepilórico*[19] *de aproximadamente 5 cm de diámetro"*.

9. V1 nuevamente fue trasladada al Hospital General de Tijuana a las 16:00 horas del 27 de septiembre de 2011, ello ante la necesidad de ser manejada en una Unidad de Cuidados Intensivos, ingresando con los diagnósticos de *"Encefalopatía Anoxo Isquémica y Sepsis*[20] *Abdominal";* nosocomio en el que a pesar del tratamiento brindado, a las 11:20 horas del 29 de septiembre de 2011 perdió la vida, estableciéndose como causas de muerte *"Choque Séptico*[21]*, Sepsis Abdominal, Úlcera Prepilórica*[22] *perforada y Encefalopatía Hipóxico-Isquémica*[23]*"*.

10. Como consecuencia de lo antes señalado Q1 (esposo de V1), presentó denuncia ante la Procuraduría General de Justicia del Estado de Baja California (PGJE), en contra AR1 (médico anestesiólogo) y AR2 (galena cirujana) médicos adscritos al Hospital General de Tecate, por el delito de Responsabilidad Médica y Técnica, así como por homicidio por culpa, la cual fue consignada ante el Juzgado de Primera Instancia Penal del Partido Judicial de Tecate; quien resolvió girar orden de aprehensión en contra de los responsables y posterior a ello dictó auto de formal prisión, determinaciones por las que AR1 y AR2 presentaron diversos juicios de amparo, de revisión y recurso de apelación –los cuales se desarrollarán en el apartado de situación jurídica-,sin embargo dentro de la apelación interpuesta por AR1, la Cuarta Sala Colegiada en Materia Penal del Tribunal Superior de Justicia del Estado de Baja California resolvió revocar el auto de formal prisión, con lo que el Agente del Ministerio Público recuperó sus facultades para continuar con la integración de la averiguación previa y volver a ejercitar la acción penal en contra de AR1, sin embargo el Juzgado de Primera Instancia Penal del Partido Judicial de Tecate decretó de oficio el sobreseimiento de la causa en virtud de haber transcurrido en exceso el plazo de 6 meses para que AR3 (agente del ministerio público) consignara.

---

[19] División del abdomen, porción previa al píloro que es una válvula entre el estómago y el intestino.

[20] La sepsis es un síndrome de anormalidades fisiológicas, patológicas y bioquímicas potencialmente mortal asociadas a una infección.

[21] El choque séptico es un estado anormal grave del organismo en el cual existe hipotensión prolongada por cierto período, generalmente dos horas o más, causada por una disminución de la perfusión tisular y el suministro de oxígeno como consecuencia de una infección y la sepsis que de ella resulta, aunque el microorganismo causal esté localizado por todo el cuerpo de manera sistémica o en un solo órgano, o sitio del cuerpo.

[22] La úlcera péptica es una úlcera que afecta a la mucosa que recubre el estómago o el duodeno (la primera parte del intestino delgado).

[23] La encefalopatía hipóxico isquémica es el daño que resulta en el Sistema nervioso central por el suministro inadecuado de oxígeno y sangre.

11. Por lo anterior, esta Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Baja California inició el expediente de Queja CEDHBC/TEC/Q/536/11/4VG, se solicitaron los informes respectivos al Hospital General de Tecate y Tijuana, ambos en el Estado de Baja California, a la PGJE, cuya valoración es objeto de análisis en el capítulo de observaciones de esta Recomendación.

II. EVIDENCIAS.

12. Declaración de 26 de julio de 2011 rendida por Q1 en la que menciona que el 1 de ese mes y año acudió en compañía de V1 al Hospital General de Tecate, para que le brindaran atención médica, ya que su esposa se encontraba en labor de parto de su octavo embarazo, agregando que aproximadamente a las 00:45 horas nació su hijo como quedó asentado en la constancia de nacimiento que le entregaron, que al regresar a las 15:00 horas del mismo día le informaron que V1 se encontraba en cirugía porque solicitó como método de planificación familiar definitivo una salpingoclasia, agregando que el 4 de julio de esa anualidad, V1 fue trasladada al Hospital General de Tijuana por las complicaciones que se presentaron durante el procedimiento quirúrgico, sobre un problema en el cerebro de V1.

13. Oficio 565 2011 de 27 de julio de 2011, suscrito por el Director del Hospital General de Tijuana por medio del cual remite copias del Expediente Clínico de V1, de las cuales destacan las siguientes:

> **13.1.** Nota de Ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos de 5 de julio de 2011 de las 01:40 horas suscrita por un médico adscrito al Hospital General Tijuana, en la cual estableció lo siguiente: *"Ingresada al servicio proveniente de Hospital General de Tecate de forma directa sin pasar por otro servicio.- A su arribo paciente con presencia de infusión de Midazolam, se coloca ventilación mecánica sin buen acoplamiento y presiones pico muy elevadas con ventilación con ambú con dificultad importante, sin paso al tubo de aspiración por lo que se decide la reintubación realizándose al 2do intento observando edema importante de laringe[24] y eritema[25] aspirando secreción con trazas hemáticas… además encontrando previo a la reintubación con*

[24] La laringe es un órgano tubular constituido por 9 cartílagos (3 impares y 3 pares). Además, comunica a la faringe con la tráquea y se halla delante de aquélla.

[25] Enrojecimiento de la piel condicionado por una inflamación debida a un exceso de riego sanguíneo mediante vasodilatación.

saturación de 40 y descendiendo… se coloca ventilación mecánica y con saturación al 97%, con adecuado acoplamiento… campos pulmonares con presencia de broncoespasmo[26] moderado en forma bilateral, con ligeros estertores [27] crepitantes difusos, ruidos cardiacos taquicárdicos, adecuadamente audibles… sin datos de irritación peritoneal[28], peristalsis[29] presente, leve resistencia muscular… godete+[30], llenado capilar inmediato.- IDx: Neumonía por broncoaspiración, encefalopatía anoxoisquémica, postoperada de oclusión tubárica bilateral, puerperio fisiológico.- Se observan extrasístoles ventriculares[31] por lo que se decide la toma de ECG[32] de 12 derivaciones además de laboratorios completos, tele de tórax portátil, ya contando con catéter central colocado en aquella unidad… toma de gasometría[33], se inicia con diurético en dosis bajas, continuamos con doble esquema antibiótico ya establecido (Ceftriaxona y Clindamicina), protectores de mucosa gástrica, analgésicos, sedación, control de líquidos, vigilancia estrecha, valoración por el servicio de neurología, ginecología y neumología, además de toma de cultivos de secreción bronquial el día de mañana.- grave, pronóstico reservado a evolución, se encuentra familiar pero no se recaban datos por él sino por resumen enviado por la unidad de Tecate".

13.2. Nota de Evolución de la Unidad de Cuidados Intensivos de 6 de julio de 2011 de las 11:30 horas signada por un médico adscrito al Hospital General Tijuana, en la cual menciona que: *"A nivel neurológico con sedación mínima, Midazolam… tiene apertura ocular, continúa con mirada fija hacia arriba, rigidez e hiperreflexia[34]. Se solicitó electroencefalograma[35] para determinar extensión de lesión. Se requiere seguimiento por el servicio de Obstetricia[36], se notificó a jefatura y subdirección médica, así como la necesidad de electroencefalograma".*

---

[26] Estrechamiento de la luz bronquial como consecuencia de la contracción de la musculatura de los bronquios, lo que causa dificultades al respirar.

[27] Ruidos anormales durante la respiración originada por el paso de aire.

[28] La irritación peritoneal es una irritación del peritoneo, o peritonitis, que es el tejido fino que cubre la pared interna del abdomen y la mayor parte de los órganos abdominales**.**

[29] Proceso por el cual se producen una serie de contracciones y relajaciones radialmente simétricas en sentido anterógrado a lo largo del tubo digestivo y los uréteres, llamadas *ondas peristálticas*.

[30] El signo de Godet es una maniobra que permite poner en evidencia la existencia de un edema.

[31] Trastornos del ritmo cardíaco y consiste en un latido adelantado respecto a la frecuencia cardíaca normal del individuo.

[32] Electrocardiograma.

[33] Es la determinación de la cantidad de gases en sangre arterial.

[34] Exaltación o aumento de los reflejos osteotendinosos, es por lo tanto el fenómeno contrario a la disminución de los mismos que se denomina hiporreflexia.

[35] Exploración neurofisiológica que se basa en el registro de la actividad bioeléctrica cerebral en condiciones basales de reposo.

[36] Ciencia de la salud que se encarga del embarazo, el parto y el puerperio.

13.3. Nota Médica de Neurología-Neurofisiología de 6 de julio de 2011 de las 21:20 horas suscrita por un médico adscrito al Hospital General Tijuana, en la cual se establece: *"Se acude a realizar EEG[37], sin embargo aún hay efecto residual de Midazolam (- 6 horas de suspendido). Se realizará mañana antes de las 08:00 horas*".

13.4. Nota de Ginecología de 7 de julio de 2011 de las 10:50 horas firmada por un médico adscrito al Hospital General Tijuana, mediante la cual establece lo siguiente: *"Paciente de 35 años de edad en su tercer día de internamiento referido por el Hospital General de Tecate, quien fue atendido de un embarazo a término, se refiere parto eutócico[38] y a quien se le realizó OTB[39] y en dicho evento quirúrgico se refiere paro respiratorio iniciando maniobras de RCP[40]. Al parecer paro de origen anafiláctico[41] con hipotensión[42], hipoxemia[43] y broncoespasmo[44], Útero en involución con herida quirúrgica infraumbilical que corresponde a cirugía de OTB".*

13.5. Nota Médica de Neurología de 7 de julio de 2011 de las 13:50 horas suscrita por un médico adscrito al Hospital General Tijuana, en la que se menciona: "*Se realiza EEG por tiempo corto…, se logra apreciar ritmos lentos y desorganizados sugestivos de patrón encefalopático[45] moderado. Se intentará de nuevo registro en 24 horas".*

13.6. Nota Médica de Neurología-Neurofisiología de 8 de julio de 2011 de las 23:20 horas la cual suscribió un médico adscrito al Hospital General Tijuana, a través de la cual estableció: "*Se realizó electroencefalograma digital. Registro con datos de patrón encefalopático moderado a severo e irritación cortical, constante fronto[46] central bilateral".*

---

[37] Electroencefalograma.
[38] Parto normal.
[39] Oclusión tubaria bilateral, es un método quirúrgico permanente que se realiza a la mujer.
[40] La reanimación cardiopulmonar o abreviado RCP es un procedimiento de emergencia para salvar vidas que se utiliza cuando una persona ha dejado de respirar y el corazón ha dejado de latir.
[41] La *anafilaxia* es una grave reacción de hipersensibilidad (alérgica o no alérgica), generalizada o sistémica, que puede poner en riesgo la vida.
[42] La hipotensión hace referencia a una condición anormal en la que la presión sanguínea de una persona es mucho más baja de lo usual.
[43] La hipoxemia es una disminución anormal de la presión parcial de oxígeno en la sangre arterial.
[44] Estrechamiento de la luz bronquial como consecuencia de la contracción de la musculatura de los bronquios, lo que causa dificultades al respirar.
[45] El término encefalopatía significa desorden o enfermedad del encéfalo. En el uso moderno, encefalopatía se refiere a un síndrome de disfunción cerebral.
[46] De frontal.

13.7. Nota de Evolución de la Unidad de Cuidados Intensivos de 10 de julio de 2011 de las 10:00 horas mediante la cual un médico adscrito al Hospital General Tijuana, estableció: *"El día de ayer con períodos de hipotensión respondiendo a cargas con solución Hartmann y Haemacel. Rx[47] tórax con opacidad basal derecha, ya con tratamiento antibiótico dirigido a etiologías por broncoaspiración[48]".*

13.8. Nota de Evolución de la Unidad de Cuidados Intensivos de 11 de julio de 2011 de las 10:00 horas mediante la cual un médico adscrito al Hospital General Tijuana, estableció lo siguiente: *"Se agregó Ácido Valproico[49] ya que EEG muestra actividad sugestiva de crisis convulsivas se impregnará y posteriormente se retirará sedación. Paciente con secuelas severas de encefalopatía anóxico isquémica[50]. Paciente con mal pronóstico para la función y la vida".*

13.9. Nota Médica Postquirúrgica elaborada por un médico adscrito al Hospital General Tijuana, en la que establece: *"Qx [51] programada: traqueostomía y gastrostomía. Qx realizada: traqueostomía y gastrostomía. Complicaciones: ninguna".*

13.10. Nota Médica de Neurología de 13 de julio de 2011 de las 13:00 horas, con rúbrica de un médico adscrito al Hospital General Tijuana, en la cual se establece lo siguiente: *"Femenino 35 años de edad. Hace 12 días durante procedimiento quirúrgico presenta paro respiratorio e hipotensión arterial de difícil reversión. En los días siguientes presenta crisis epilépticas continuas que ceden con la sedación. El día de hoy le retiran la sedación y al estímulo presenta rigidez de descerebración, mirada conjugada desviada y respuesta plantar –ilegible- Dx[52]: Encefalopatía anoxoisquémica. Se solicita resonancia de cráneo".*

13.11. Nota de Cirugía General de 13 julio de 2011 de las 11:30 horas suscrita por un médico adscrito al Hospital General Tijuana, en la que se estableció *"Con cánula funcional, sin datos de sangrados… con*

---

[47] Radiografía.

[48] Es una afección que se produce por el paso de sustancias de la faringe a la tráquea.

[49] Fármaco antiepiléptico y estabilizador del estado de ánimo, no relacionado químicamente con otros medicamentos anticonvulsivos.

[50] Síndrome producido por el desequilibrio entre la disminución del aporte de oxígeno y del flujo sanguíneo.

[51] Cirugía.

[52] Diagnóstico.

gastrostomía, la cual está a permeabilización con glucosa 100cc… quedaremos como interconsultantes".

13.12. Nota de Evolución de Ginecología y Obstetricia de 14 de julio de 2011 de las 08:00 horas, sin nombre ni firma en la que se menciona lo siguiente: "PO [53] *salpingoclasia complicada con encefalopatía hipóxico isquémica, actualmente con herida qx limpia, bien afrontada, útero en adecuada involución, loquios[54] escasos no fétidos"*.

13.13. Nota de Evolución de la Unidad de Cuidados Intensivos de 15 de julio de 2011 de las 12:58 horas, elaborada por una galena adscrita al Hospital General de Tijuana, en la que estableció *"Se lleva en la mañana a resonancia magnética. Revaloración por neurología por daño en funciones mentales superiores con resonancia magnética, resto sin cambios, considerando el egreso de la unidad".*

13.14. Nota de Ginecología y Obstetricia de 16 de julio de 2011 de las 8:00 horas, suscrita por un médico adscrito al Hospital General Tijuana, en la que se plasmó lo siguiente: "*Presenta pico febril[55] a las 14:00 horas de 38.5, hoy se retiran puntos de herida qx. Se indica extracción manual de leche cada 3 horas, continuamos como interconsultantes"*.

13.15. Nota Ingreso Medicina Interna, Hospital General Tijuana de 18 de julio de 2011 de las 20:00 horas en la que se establece "*Paciente femenino de 35 años de edad con diagnóstico de encefalopatía anoxoisquémica, crisis convulsivas de inicio tardío, neumonía por broncoaspiración, puerperio patológico tardío procedente del servicio de UCI[56].- Se decide su egreso por máximo beneficio al servicio de medicina interna para continuar protocolo de destete, así como valoración y manejo…- A la EF se encuentra paciente… párpados con apertura simétrica, conjuntiva tarsal pálida, desviación de mirada conjugada hacia arriba… cavidad oral bien hidratada con abundantes secreciones orofaríngeas. Cuello con cánula traqueostomía permeable y funcional… Abdomen globoso a expensas de panículo adiposo, cicatriz quirúrgica en región infraumbilical sin alteraciones, sonda de gastrostomía permeable y funcional… úlcera sacra grado II de 3x2cm de diámetro.-*

[53] Postoperatorio
[54] Secreción vaginal normal durante el puerperio, es decir, después del parto, que contiene sangre, moco y tejido placentario.
[55] Elevación de la temperatura corporal de forma anormal.
[56] Unidad de Cuidados Intensivos.

Extremidades superiores e inferiores en posición de descerebración con estímulo doloroso, equimosis en sitio de venopunción, respuesta extensora plantar bilateral. Neurológico, comatosa, no valorable orientación o funciones mentales, pares craneales y fondo de ojo no valorables, pupilas isométricas y normorreflécticas, desviación de la mirada conjugada hacia arriba, reflejo corneal bilateral, reflejo tusígeno, nauseoso y deglución ausente. No datos de irritación meníngea, Babinski[57] *positivo bilateral… Electroencefalograma: ritmos lentos con frecuencia delta y theta, amplitudes bajas y variables, sin gradiente anteroposterior, presencia de puntas constantes en región frontocentral bilateral sugiriendo irritación cortical continua. IRM encéfalo 15/julio/2011: edema cerebral… COMENTARIO: paciente femenino de la cuarta década de la vida con diagnóstico de MUERTE CEREBRAL, encefalopatía anoxoisquémica, síndrome postparada cardíaca, puerperio patológico tardío. Con datos de encefalopatía anoxoisquémica secundario a paro respiratorio. Lo que se debe descartar no evolucione a estado vegetativo persistente, condición neurológica catastrófica que implica daño cerebral difuso principalmente asociado a encefalopatía anoxoisquémica, con conservación del ciclo sueño-vigilia, conservación de algunos reflejos básicos pero indiferencia al medio, requiriendo un mes de evolución en este estado. Con crisis convulsivas complicación frecuente de la encefalopatía anoxoisquémica asociadas a un pobre pronóstico, así como a mayor mortalidad intrahospitalaria. El valor clínico del electroencefalograma es incierto en el pronóstico de la encefalopatía… ilegible… de la interpretación clínica de diferentes personas, dependiente "ilegible" sedación utilizada, alteraciones metabólicas, además de sepsis. Útil para descartar la posibilidad de que se encuentre cursando un estado epiléptico que puede sugerir "ilegible" tratamiento con sedación así como bloqueo neuromuscular. Así mismo otros factores asociados con la encefalopatía anoxoisquémica es la duración de la anoxia mayor a 10 minutos, curación de reanimación cardiopulmonar mayor a 30 minutos, puntaje de coma menor a 5 hacia el día 3 posterior a evento…- Pronóstico: se refiere muy grave con pronóstico malo para la función y reservado para la vida*".

13.16. Nota Médica de Neurología de 19 de julio de 2011 de las 13:00 horas, con rúbrica de un médico adscrito al Hospital General Tijuana, de la cual se advierte: *"Paciente conocida con diagnóstico de encefalopatía*

[57] Nombre de una prueba utilizada para conocer el estado neurológico del paciente.

anoxoisquémica con estado epiléptico… permanece con ojos abiertos… descerebración. Se solicita nuevo EEG".

13.17. Nota de Evolución de Medicina Interna de 20 de julio de 2011 de las 12:00 horas a través de la cual un médico adscrito al Hospital General Tijuana, establece lo siguiente: *"Con dx encefalopatía anoxoisquémica, Neumonía resuelta, puerperio tardío patológico. Paciente dada de alta el día de hoy por máximo beneficio a su hospital de procedencia en Tecate, se realiza alta médica la cual firma el familiar y posteriormente se niega a traslado a Tecate. Paciente en alta médica"*.

13.18. Nota Evolución de Medicina Interna de 22 de julio de 2011 de las 12:30 horas signada por un médico adscrito al Hospital General Tijuana, de la cual se advierte lo siguiente: "*Continúa de alta y/o traslado al Hospital General de Tecate se informa nuevamente a trabajo social"*.

13.19. Nota de Evolución de Medicina Interna de 24 de julio de 2011, con rúbrica de un galeno adscrito al Hospital Tijuana, en la cual establece: *"Paciente que continúa con su alta vigente por máximo beneficio. Mismo manejo".*

13.20. Nota de Neurología de 26 de julio de 2011, con rúbrica de un médico adscrito al Hospital General Tijuana, en la que establece: *"Paciente que se encuentra en condiciones de alta por máximo beneficio. De acuerdo a la evolución y el diagnóstico de fondo no es necesario nuevo EEG. La paciente va a estado vegetativo persistente".*

13.21. Nota de Evolución de Medicina Interna de 1 de agosto de 2011 signada por un médico adscrito al Hospital General, en la cual describe: "*sin datos de irritación peritoneal. Continúa de alta médica por máximo beneficio"*.

13.22. Nota de Evolución de Medicina Interna de 7 de agosto de 2011 de las 17:00 horas, suscrita por un galeno adscrito al Hospital General Tijuana, en la cual establece: *"Cursando su 20vo día de EIH*[58]*. En estado vegetativo persistente, con traqueostomía funcional con puritan con SAT 97%, sin datos de infección por zona de traqueostomía, campos pulmonares con rudeza respiratoria sin sibilancias. Ruidos cardiacos rítmicos… Abdomen peristalsis*

[58] Estancia Intrahospitalaria.

presente. Metabólicamente estable, hemodinámicamente estable sin picos febriles"

13.23. Nota de Evolución de Medicina Interna de 9 de agosto de 2011 de las 13:00 hrs realizada por un médico adscrito al Hospital General Tijuana, en la que se advierte lo siguiente: "*Se informa a trabajo social y refiere que hoy se trasladará la paciente a Hospital de Tecate"*.

13.24. Resultados de laboratorio clínico de fecha 27, 28 y 29 de septiembre de 2011 del Hospital General de Tijuana en los que se establece que se realizaron *"ES, PFH, Gpo y Rh, PCR, QS, TP-TTP, BH"*[59].

13.25. Nota de ingreso a urgencias del Hospital General de Tijuana. 27 de septiembre de 2011 de las 16:00 en la que se refiere "*Femenino... presentada sepsis a perforación de víscera hueca y encefalopatía anóxico isquémica…-APP*[60]*: por la gravedad del paciente por las condiciones en las que se encuentra y por ser trasladada de otro lugar no cuenta con familiares. PA*[61]*: inicia con su padecimiento actual hace 4 días cuando se presenta en el hospital de Tecate con dolor abdominal, y deciden pasar a quirófano, cuando se desata reacción inflamatoria, y se decide no intervenir quirúrgicamente por lo cual se produce perforación de víscera hueca y sepsis además de reacción inflamatoria sistémica por lo cual es enviada a la unidad. EF*[62]*: … en malas condiciones generales con tensión arterial 80-50mmHg con FC 80´ FR 20' 36°C. Con estado de sedación dependiente de intubación orotraqueal con palidez mucocutanea con mal estado hídrico… con pupilas poco reactivas al estímulo luminoso… con tórax normolineo con movimientos de amplexión y amplexación sin agregados… con abdomen rígido con resistencia muscular timpanismo peristalsis presentes… femenino que se muestra con presencia de sepsis referido del Hospital de Tecate, por lo cual se solicitan paraclínicos además de alteraciones en los laboratorios, se solicita interconsulta a cirugía general. IDX* [63] *: encefalopatía anóxico isquémica, sepsis abdominal. Sin nombre de médico".*

---

[59] Electrolitos Séricos, Pruebas de función hepática, Grupo sanguíneo y Rh, Proteína C reactiva, Química sanguínea, Tiempo de protrombina-Tiempo parcial de Tromboplastina, Biometría Hemática.

[60] Antecedentes personales patológicos.

[61] Padecimiento actual.

[62] Exploración física.

[63] Impresión Diagnóstica.

13.26. Nota de valoración cirugía general de 27 de septiembre de 2011 de las 17:30 horas en la que se señala "*Femenino de 35 años de edad, inicio hace 4 días con distensión abdominal y signos de respuesta inflamatoria sistémica, laboratorialmente y con tac compatibles con proceso séptico de origen aparentemente intraabdominal por colección en ciego y hacía cola de páncreas, se pasa a cirugía y se colocan drenajes (se desconocen hallazgos transqx)*[64]*; actualmente bajo ventilación mecánica con TA media de 60, FC de 80, con abdomen con resistencia muscular, presencia de drenajes tipo Saratoga que gastan material de aspecto biliopurulento, uresis presente; de momento no contamos con exámenes de laboratorio ni con estudios de imagen realizados en el pre y postquirúrgico por lo que se iniciará con manejo de paciente séptico y se recabarán resultados; no se descarta la posibilidad de requerir nueva laparotomía de así estar indicado, así como tampoco la necesidad de iniciar con aminas presoras. Paciente grave en espera de resultados laboratoriales y estudios de imagen complementarios, iniciamos nutrición parenteral doble esquema antibiótico, control de líquidos y manejo ventilatorio*".

13.27. Historia Clínica de Hospital General Tijuana, sin fecha de elaboración, en la que se establece "*AGO*[65]*: IVSA*[66] *15 años Menarca*[67] *13 años, 30x6 FUR*[68]*: 28 septiembre 2010 G8 P8 C0 A0*[69]*. P.A.: Inicia su padecimiento el viernes 1 de julio de 2011. Ingresa a labor por embarazo de 39.4 SDG*[70] *por FUM*[71] *y TPFA*[72]*, se atiende parto sin complicaciones sin realización de episiotomía a las 16:00 horas, se realiza salpingoplastía bilateral por paridad satisfecha, sin complicaciones transquirúrgicas, posteriormente presenta de manera súbita un cuadro de hipoxia con duración de 20 minutos, posterior a la administración de Midazolam 1.5mg y 5 min posterior a Metamizol 2grs y Ketorolaco 60mg IV presentando rash cutáneo de predominio en tórax y dermografismo y una saturación de O2 de 44% la cual duró de 1-2 min. Presenta un episodio de hipotensión 50/20, con presencia de apnea la cual no mejora con maniobras de reanimación básica por lo que se decide intubar y dar apoyo ventilatorio, aún en sala de quirófano se le administran bolos de Flumacenil y Naloxona. Sin respuesta continua con ventilación mecánica. 25*

[64] Transquirúrgicos, Tensión Arterial.
[65] Antecedentes ginecobstétricos.
[66] Inicio de vida sexual activa.
[67] Primera menstruación.
[68] Fecha de última regla.
[69] Embarazos, partos, cesáreas y abortos.
[70] Semanas de gestación.
[71] Fecha de última menstruación.
[72] Trabajo de parto en fase activa.

minutos posteriores inicia con automatismo respiratorio y saturación de O2 de 98% con buena respuesta pupilar se decide la extubación y pasar a sala de recuperación de O2 suplementario y vigilancia estrecha. A los 15 minutos presenta cuadro de estridor laríngeo y laringoespasmo, neurológicamente continúa con respuesta solo a estímulos dolorosos, a las 20:30 horas presenta cuadro de congestión por mal manejo de secreciones y presenta movimientos involuntarios de tórax y extremidades, se solicita interconsulta al servicio de medicina interna. Se decide reintubar a la paciente y su manejo con ventilación mecánica asistida, se coloca catéter central… El día 2 de julio se solicita TAC[73] que reporta que no existen datos de isquemia o hemorragia, se realiza Rx de tórax que reporta infiltrados parahiliar y basal derecho, se agrega esquema de antibiótico… El día 3 de julio se retira sedación por 2 horas y media, presentando automatismo respiratorio con apertura ocular sin movimientos involuntarios, presenta polipnea así como broncoespasmo por lo que se decide reanudar la sedación… -El día 5 de julio se decide su pase a Hospital General Tijuana a la UCI. A su arribo con presencia de infusión de Midazolam y Fentanil, con saturación de O2 de 44% se realiza reajuste de medicamento y reintubación orotraqueal al segundo intento se observa edema importante en laringe se realiza aspiración de secreciones, sedación con Midazolam. Se observa con saturación de 97% y buen acoplamiento al ventilador. El día 6 de julio continúa con misma sintomatología agregándose fiebre de 38.3 por la tarde. El día 8 de julio de 2011 se realiza encefalograma que reveló irritación cortical continua frontocentral bilateral. El día 12 de julio se realiza traqueotomía y gastrostomía sin complicaciones. El día 13 de julio la valora neurología refiere que presenta rigidez de deserebración mirada convergente desviada y respuesta plantar inmediata. El día 14 de julio de 2011 bajo sedación con impregnación de valproato por crisis convulsivas según electrocardiograma continúa con secuelas severas neurológicas con encefalopatía anoxoisquémica, el día 18 de julio de 2011 continúa sin evidencia de crisis convulsivas continúa sin sedación para nuevo encefalograma y valoración de estado neurológico. Se decide su pase a medicina interna donde la encontramos con ventilación tipo puritan.- SÍNTOMAS GENERALES: Fiebre.-INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS: Se desconoce información.- SIGNOS VITALES: TA 153/75 FR 17X' FC 80X' Temp. "ilegible"…-HABITUS EXTERIOR: paciente femenino de 35 años de edad aparentemente igual a la cronológica, con buena coloración, con apoyo ventilatorio tipo puritan, en actitud libremente escogida

[73] Tomografía Axial Computarizada.

decúbito dorsal, constitución normal, marcha no valorada.-EXPLORACIÓN FÍSICA: … Abdomen globoso a expensas de panículo adiposo con presencia de estrías, cicatriz en hipogastrio de aproximadamente 5cm, cicatriz infraumbilical de 3cm, se encuentra sonda de gastrostomía limpia y permeable, reflejo abdominocutáneo superior e inferior sin alteración,… Neurológico, paciente con tendencia a la somnolencia con respuesta solo a estímulos dolorosos, con cálculo y concentración no valorable, memoria remota no valorable, memoria reciente no valorable, pares craneales I, II no valorados; III, IV y VI movimientos oculares no valorables, con desviación de la mirada hacia la izquierda. Pupilas isocóricas normorreflécticas[74]*, V sensibilidad facial no valorable, IX y X reflejo nauseoso presente de buena intensidad… Funciones cerebelosas, equilibrio y coordinación no valorables. FM 4NV bilateral en las 4 extremidades. ROTS*[75] *bicipital, tricipital, cubital, radial, rotuliano y Aquileo ***/****, sensibilidad táctil superficial adecuada, fondo de ojo sin alteraciones, mácula central no crecimiento vascular".*

13.28. Hoja de solicitud de interconsulta de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General Tijuana de 28 de septiembre de 2011.

13.29. Carta de Consentimiento Válidamente Informado de 27 de septiembre de 2011, firmada por Q1 y dos testigos.

13.30. Hojas de Enfermería (Terapia Intensiva) de fecha 27 y 28 de septiembre de 2011.

14. Informe Justificado de 22 de septiembre de 2011 a través del cual AR1 declaró lo siguiente: *"Niego por no ser ciertos los hechos que sin fundamento y forma por demás tendenciosa y subjetiva se pretende hacer valer en mi contra, ya que durante mi intervención médica en ningún momento por acción o por omisión provoque daño o lesión alguna a V1 ni mucho menos le brinde atención médica de forma negligente, manifestando que conozco a la misma el 1 de julio, siendo paciente femenino de 35 años de edad, gesta 8 para 8, cursando con puerperio fisiológico mediato, la cual solicito oclusión tubárica bilateral (salpingoclasia), al interrogatorio directo la paciente niega alguna enfermedad de importancia así como algún antecedente quirúrgico, transfusional o alérgico, refiere hospitalizaciones previas por partos, previa valoración pre anestésica se da un estado físico de acuerdo a la*

[74] De igual tamaño.
[75] Reflejos osteotendinosos.

ASA[76] II, se realiza pre medicación y se pasa a quirófano para realizarle la intervención quirúrgica programada, una vez dentro de quirófano, previo monitoreo no invasivo se inicia con la administración de la técnica anestésica, cursa estable durante trans quirúrgico y 5 minutos posteriores a la administración de analgésicos por vía endovenosa, y 20 minutos a la administración de la dosis de Midazolam presenta episodio de hipoxia acompañado de la hipotensión, … atención que siempre fue otorgada en forma adecuada y oportuna. Resulta pertinente aclarar que no hubo mala praxis[77] de mi parte en el procedimiento que le realizara al paciente pues reitero que la atención que le brinde siempre fue diligente y con el respeto que se merece al igual que siempre lo hago con todos mis pacientes". Agrega que la técnica empleada para la anestesia de V1 fue anestesia espinal más sedación endovenosa, que los medicamentos y dosis administrados fueron Bupivacaina Hiperbárica 5mg, Fentanilo 25 mcg, Midazolam 4.5 mg, Fentanilo 150mcg, en el orden y vía de aplicación siguientes: (1) Midazolam 3mg Endovenosa, (2) Fentanilo 150mcg Endovenosa, (3) Bupivacaina Hiperbárica 5mg Sub Aracnoidea, (4) Fentanilo 25mcg Sub Aracnoidea, (5) Midazolam 1.5 mg Endovenosa, declara que permaneció en el quirófano durante todo el procedimiento quirúrgico hasta que se pasó a V1 a piso a cargo de medicina interna, que no realizó examen alguno para valorar si V1 era alérgica a algún medicamento, que si realizó valoración médica antes de ingresarla a quirófano, que el tiempo que transcurrió desde la administración de Midazolam y el episodio de hipoxia fue de 20 minutos aproximadamente, que las características de la hipoxia y el episodio de hipotensión que presentó la paciente y la atención recibida en ambos sucesos fue tal como se señala en la nota médica del 1 de julio de 2011 que obra en el expediente clínico en la que se estableció que la paciente presentó episodio de hipoxia, presentando cifras de saturación de 44% así como cifras tencionales de 50/20 con una duración aproximada de 1-2 minutos, se dio manejo con oxígeno suplementario por puntas nasales de inicio y posteriormente se dio apoyo con mascarilla y ventilación con presión positiva, al no presentar automatismo respiratorio se decidió realizar intubación endotracreal y continuar con la ventilación asistida mecánicamente con ventilador de la máquina de anestesia, asimismo se administró medicamento adrenérgico para manejo de la hipotensión arterial así como manejo con líquidos intravenosos, además de antagonizar el efecto de la Benzodiacepina y el Opioide. Aunado a ello señaló que se le informó sobre esto a Q1 y aclaró que la Raquia Masiva es anestesia espinal con un bloqueo sensorial que asciende por encima de la región cervical y que encefalopatía hipóxica es la carencia en la entrega de

[76] Sistema de clasificación que utiliza la American Society of Anesthesiologists (ASA) para estimar el riesgo que plantea la anestesia para los distintos estados del paciente.

[77] Término que se utiliza para referirse a la responsabilidad profesional por los actos realizados con negligencia.

oxígeno hacia el cerebro debido a hipotensión o falla respiratoria, igualmente declaró haber estado al pendiente de V1 aun y cuando se canalizó a otro servicio y que AR2 fue la médica cirujana que intervino en el procedimiento quirúrgico.

15. Informe Justificado de 23 de septiembre de 2011 rendido por AR2 en el que manifestó a pregunta expresa lo siguiente: a) ¿A qué hora inicio y finalizó la operación? Respuesta: *"Inicio a las 16:05 horas y terminó a las 16:20 horas"*. b) ¿Cuál fue el proceso en el cual se determinó que la paciente era alérgica al medicamento Dormicum y quien fue la persona responsable del mismo? Respuesta: *"Al término de la cirugía me comento el anestesiólogo que al aplicarle Dormicum presentó rash (reacción alérgica) leve en el pecho, mismo que yo vi cómo le puso medicamentos para contrarrestar el efecto"*. c) ¿En el caso que nos ocupa y debido a que la paciente había tenido un parto horas antes de ingresar a quirófano, podía ser sometida al proceso quirúrgico para una OTB? Respuesta: *"Si y reunía los requisitos para el procedimiento de una OTB postparto que es una de los programas del Sector Salud"*. d) ¿Cuál era el estado de salud en el cual se encontraba V1 al momento de ingresar a quirófano? Respuesta: *"Condiciones adecuadas, con BH[78] de control normal, valoración anestésica"*. e) Estuvo usted presente desde el ingreso de V1 a quirófano hasta su salida? Respuesta: *"estuve presente, salí solo a darle informes al esposo, cuestión de 5 minutos y le comenté que la operación había estado bien sin incidentes ni accidentes y que todavía no salía de la anestesia y al regresar la reacción anafilática estaba más severa y el anestesiólogo la entubo, estuve hasta que la sacó a recuperación a las 18:30 minutos y fue cuando los dos le dimos informes al esposo"*. f) ¿En qué consistió el proceso de preparación de V1 para la cirugía a la cual iba a ser sometida? Respuesta: *"Ayuno, BH control, valoración anestésica, antibiótico Profilaxiscefalotina, Metocoplamida, Ranitidina, vendaje msis[79]"*. g) ¿Usted fue testigo de cómo se le aplicó la anestesia a V1? Respuesta: *"Si"*. h) ¿Cuál fue su intervención durante la operación? Respuesta: *"Realizar la oclusión tubárica bilateral pomeroy[80] y postparto"*. i) Proporcione el nombre completo y cargo de los médicos que intervinieron en el proceso quirúrgico de V1. Respuesta: *"AR1 y AR2"*. j) ¿Se realizó algún tipo de examen para verificar que la paciente fuera alérgica a algún medicamento de los cuales se le iban a suministrar antes, durante o después de la operación? Respuesta: "*Se hizo historia clínica y valoración preoperatoria, laboratorio y lista de verificación de seguridad de la cirugía"*. k) ¿Hubo alguna alteración en el estado de salud de la paciente durante la operación? Respuesta:

[78] Biometría hemática.
[79] Miembros Inferiores.
[80] Técnica de esterilización femenina.

"No en la operación no incidentes no accidentes". l) En caso de que se haya presentado alguna alteración, ¿Cuál fue la atención que recibió para estabilizarla? Respuesta: *"No fue el caso"*. m) ¿Estuvo presente durante la atención que se le brindó a V1 posteriormente a la operación, es decir cuando no despertó de la anestesia? Respuesta: *"Sí estuve presente"*. n) ¿Cuántos días posteriores a la cirugía V1 fue valorada por Usted y en que consistieron esas valoraciones? Respuesta: *"En el Hospital General de Tecate, se le paso visita de Ginecología y Obstetricia en 4 ocasiones, no personalmente porque es un Hospital donde hay varios turnos y no es un Hospital Privado donde es un solo médico, pero he revisado las notas que consistió en ver su evolución uterina y cicatrización de la HQX*[81] *y estuve al pendiente de su evolución hasta que se trasladó al Hospital General de Tijuana, al regreso del mismo ha estado a cargo de Medicina Interna, ya que de la operación no presento ningún accidente ni incidente"*. o) ¿A la fecha V1 sigue siendo atendida por Usted? Respuesta: *"No, del procedimiento quirúrgico se dio de alta"*.

16. Dictamen Médico Institucional No.104/15 de 4 de junio de 2015, suscrito por el Delegado Institucional de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, respecto de la atención otorgada a V1 en el Hospital General de Tecate, Baja California.

17. Oficio 1438/SUBTKT/08/16 de 8 de agosto de 2016 suscrito por la Encargada del Despacho de la Subprocuraduría de Zona Tecate de la PGJE, a través del cual remite a este Organismo Estatal copias certificadas la Averiguación Previa No. 1 radicada por el delito de Responsabilidad Médica y Técnica en contra AR1 y AR2, mismas copias de las cuales destacan las siguientes:

17.1. Acuerdo de radicación de 21 de julio de 2011 suscrito por el Agente del Ministerio Público del Fuero Común Titular de la Agencia del Ministerio Público Receptora Tecate, por medio del cual se dio inicio a la Averiguación Previa No.1 por el delito de Responsabilidad Médica y Técnica en contra de AR1 y AR2.

17.2. Denuncia por escrito de 21 de julio de 2011, presentada por Q1 en contra de AR1 y AR2 por el delito de Responsabilidad Médica y Técnica, ante la PGJE anexando a la misma las siguientes documentales:

[81] Herida quirúrgica.

17.2.1. Constancia Médica de 5 de julio de 2011 expedida por el Subdirector Médico del Hospital General de Tecate, por medio de la cual se hace constar que: *"V1 fue ingresada el 1 de julio del 2011 a esta Unidad de Salud con diagnóstico de Embarazo a Término con Trabajo de Parto Periodo Expulsivo, Paridad satisfecha y fue trasladada al Hospital General de Tijuana el día 4 de julio del año en curso, con diagnóstico de Puerperio Fisiológico, Post-operada OTB y probable Hipoxia Cerebral".*

17.2.2. Certificado de nacimiento del hijo de V1 expedido el 1 de julio de 2011 por la Secretaría de Salud, bajo folio 006301261.

17.3. Oficio 251 de 4 de agosto de 2011 suscrito por el Director del Hospital General de Tecate, mediante el cual remite copias del Expediente Clínico de V1, documentos de los cuales destacan los siguientes:

17.3.1. Hoja de Atención de Parto sin nombre, ni fecha de la que se advierte lo siguiente: *"Hora ingreso: 00:45. Dx: Multigesta*[82] *de 39.4 SDG*[83]*, TDPA, RPM*[84]*"*.

17.3.2. Nota Posparto de 1 de julio 2011, elaborada por médico adscrito al Hospital General Tecate, de la cual se desprende lo siguiente*: "Se obtiene PUVI* [85] *masculino a las 01:00 horas,… alumbramiento espontáneo,… pasa a piso OTB".*

17.3.3. Nota de Ginecología y Obstetricia de 1 de julio 2011 de las 08:10 horas, suscrita por un galeno adscrito al Hospital General Tecate, en la que se establece: *"cursando aproximadamente 7 horas de puerperio…parto eutócico…refiere paridad satisfecha…solicita OTB. Programar para qx… se solicita valoración preanestésica*".

17.3.4. Hoja de Valoración Preanestésica de 1 de julio de 2011, signada por una médica adscrita al Hospital General Tecate, en la que establece *"Cirugía programada: OBT. Plan anestésico: Bloqueo neuroaxial".*

---

[82] Mujer que ha tenido varios embarazos durante su vida.

[83] Semanas de gestación.

[84] Respiraciones por minuto.

[85] Producto único vivo.

17.3.5. Nota Posquirúrgica de Ginecobstetricia de 1 de julio de 2011 de las 16:30 horas, firmada por AR2 en la que se estableció lo siguiente: "*Dx de ingreso: Paridad satisfecha, Dx de egreso: Pos OTB. Incidentes y Accidentes: Depresión profunda a carga de anestesia, reacción anestesia*".

17.3.6. Nota de Anestesiología de 1 de julio de 2011 de las 21:15 horas suscrita por AR1 a través de la cual se advierte lo siguiente: "*Se maneja en sala […] se administra sedación con Midazolam 3mg[86] iv, Fentanilo 150 mcg[87] iv, se mantiene con O2 suplementario, al transcurrir 30 minutos de administración de dosis de anestesia y posterior a la administración de Midazolam 1.5mg, AINES[88], Metamizol 2 gr iv, Ketorolaco 60mg iv, presenta episodio de hipoxia con saturación de 44% aproximadamente de 1-2 minutos, el cual se recupera dando posición a la vía aérea y aumentando flujo de oxígeno por puntas nasales, hasta 88% posteriormente presenta episodio de hipotensión 50/20 la cual responde momentáneamente a la administración de efedrina 100/60 mmHg[89] y posteriormente vuelve a presentar episodio de hipotensión seguido de apnea con SAT[90] 75-76%, por 10 minutos aproximadamente sin recuperar automatismo, por lo que se decide intubar a las 16:25 horas, intubación sin complicaciones, se da ventilación asistida mecánica y se antagoniza benzodiacepina y opiáceo, sin presentar mejoría se continúa con ventilación mecánica, se administra esteroide, al valorar se observan pupilas sin respuesta a la luz, posteriormente a los 25 minutos aproximadamente inicia con ventilación espontánea y hay respuesta al dolor, se recupera respuesta pupilar y hay respuesta a estímulos dolorosos, se mantiene el automatismo, se decide extubar y pasar a recuperación, se pasa a recuperación con O2 suplementario por puntas nasales, se mantiene estable. A los 15 min posteriores en recuperación presenta estridor laríngeo[91] y datos de*

[86] Miligramo.
[87] Microgramo.
[88] Antinflamatorios no esteroideos.
[89] Milímetros de mercurio.
[90] Saturación.
[91] Sonido respiratorio agudo resultante del paso turbulento del aire en la laringe o menor en el árbol bronquial.

laringoespasmo [92] *, se coloca mascarilla; presenta cuadro de congestión con mal manejo de secreciones e inicia con movimientos involuntarios de ambas extremidades torácicas y tronco se solicita valoración por medicina interna. Se valora por medicina interna se decide reintubar y pasar a piso de medicina interna para su manejo, se realiza intubación, se habla con familiar y se explica complicaciones que sucedieron, se explica sobre posibles complicaciones y manejo que pueda requerir. IDx*[93]*: PBE*[94]*. Raquia Masiva, PBE. Reacción Medicamentosa, PBE. Encefalopatía* [95] *Hipóxica, Desc. Edema Cerebral. Plan: pasa a cargo de medicina interna para manejo. Presenta rash cutáneo (reacción alérgica) de predominio en tórax, con eritema y dermografismo, el cual cede con la administración de esteroides"*.

17.3.7. Hoja de Registro de Anestesia y Recuperación de 1 de julio de 2011 firmada por AR1 en la que se advierte lo siguiente: "*Operación propuesta: OTB. Método y técnica anestésica: BSD. Duración de la anestesia: BSA* [96] *L1-L2* [97] *aguja, punción única atraumática, lcr* [98] *claro, no incidentes".*

17.3.8. Nota Inicial de Medicina Interna de 2 de julio de 2011 a las 01:00 horas, firmada por un médico adscrito al Hospital General Tecate, en la cual se menciona lo siguiente: "*Ingresa a Qx esta tarde al parecer a las 16:30, se manejó con bloqueo BSA? Epidural*[99]*? y sedación IV, aparentemente sin complicaciones, posterior ministración a dosis baja de Midazolam, Metamizol y Ketorolaco IV; la paciente presenta apnea e hipotensión (desconozco si inmediatamente) por lo que se maneja con ventilación manual asistida, incluso bajo intubación orotraqueal; al parecer presenta período prolongado de depresión respiratoria quizá 1 hora, pasa hipotensión me comentan se utiliza Efedrina con buena respuesta, recupera automatismo respiratorio, pero no recuperación de estado*

---

[92] El laringoespasmo es un espasmo breve de las cuerdas vocales, que dificulta el habla o la respiración temporariamente.
[93] Impresión diagnostica.
[94] Probable.
[95] Término general que significa enfermedad cerebral, daño o mal funcionamiento.
[96] Bloqueo Subaracnoideo.
[97] Lumbar 1, lumbar 2 (espacio entre las vértebras).
[98] Líquido cefalorraquídeo.
[99] Anestesia.

neurológico ya que se encuentra en estado comatoso[100] sin respuesta a ningún estímulo, pupilas por algún momento midriáticas, por recuperar automatismo extuban, posteriormente presenta movimientos involuntarios en todo el cuerpo que simulan crisis convulsivas y en el momento que nos interconsultan, aprox. 9 horas (21:00 horas) se acude a QX recuperación. Encuentro paciente asistida con ventilación manual con mascarilla reservorio, bajo automatismo respiratorio, FR [101] 18/min, FC [102] 80/min con extrasístoles ventriculares, TA[103] 107/63, sin respuesta a estímulos verbales ni dolorosos, solo con movimientos corporales generalizados que simulan actitud de descerebración, con hiperextensión de piernas, no hay hiperextensión de cabeza, con duda que el cuadro sea evento convulsivo tipo tónico con pble mioclonías[104], ya después de periodo de tono generalizado presenta espasmo corporal … campos pulmonares ventilados, no broncoespasmo, ni laringoespasmo que parece había presentado antes; abdomen con involución uterina, extremidades con hiperextensibilidad refleja por estado de inconciencia y con la sospecha de hipoxia secundaria a apnea, decidimos reintubar vía orotraqueal y pasar a ventilación mecánica con la finalidad de oxigenar a la paciente y vigilar estado neurológico, pero los eventos de hiperextensión … son muy frecuentes y sin respuesta neurológica así que decidimos inducir coma con sedación dosis baja de Midazolam, mañana revalorar con sedación y TAC[105] de cráneo; colocamos catéter venoso central sin complicaciones. Son aprox. en este momento 3 horas de internada en piso de Ginecología y Obstetricia a nuestro cargo Medicina Interna, muy estable hemodinámicamente, mañana TAC temprano por el momento no pertinente dado el horario y que es prioritario la estabilidad de la paciente, informo de todo al esposo y familiares quienes se dan por enterados del caso y del pronóstico aún incierto de la paciente, Dx: Depresión respiratoria sec a fármacos?, ahora con secuelas de hipoxia cerebral con probable daño cerebral difuso, crisis convulsivas en estado epiléptico?; como se comenta … (en la nota)

[100] Estado mórbido en que la conciencia y la motilidad se encuentran completamente suspendidas.
[101] Frecuencia respiratoria.
[102] Frecuencia cardiaca.
[103] Tensión arterial.
[104] Movimientos rápidos, breves y de amplitud variable que se producen por contracciones musculares simultáneas de músculos agonistas y antagonistas (miocloníaspositivas) o por inhibición del tono muscular (mioclonías negativas).
[105] Tomografía Axial Computarizada.

podría tratarse de raquia masiva en espacio subaracnoideo, ya que además de depresión respiratoria hubo hipotensión, y recordemos además que la aplicación de Metamizol posible causal?".

17.3.9. Nota de Evolución de Medicina Interna de 2 de julio de 2011 a las 09:00 horas, elaborada por un médico adscrito al Hospital General Tecate, mediante la cual establece: "*Normotensa, afebril, FC 92, bajo VMA logrando automatismo respiratorio pero no hay aún respuesta neurológica, situación que de tratarse de hipoxia no prolongada hubiésemos esperado algo de respuesta, pero al no ser así puede tratarse de daño neurológico ya establecido, así que consensamos el caso con el ginecólogo, anestesiólogo, medicina interna en turno jornada acumulada y subdirección médica y lo más prudente es inicialmente realizar TAC de cráneo por el momento, continuar en sedación IV ya que al disminuir infusión de Midazolam presenta aún movimientos tipo sacudidas generalizadas con hipertonía de extremidades, paciente en condición estable hemodinámicamente con daño neurológico de pronóstico incierto*".

17.3.10. Nota de Evolución de Medicina Interna de 2 de julio de 2011, suscrita por un galeno adscrito al Hospital General Tecate, de la que se advierte lo siguiente: "*Se realiza TAC de cráneo simple y contrastada, la cual se realiza sin complicaciones y no se encuentran lesiones compatibles con hemorragia, ni infarto o alteraciones en el patrón vascular. Sin desviación de la línea media y sistema ventricular sin alteraciones; por lo que será necesaria la realización de resonancia magnética. Por el momento sin datos de emergencia neurológica, requiere valoración por neurología*".

17.3.11. Nota de Evolución Matutina G/O de 2 de julio de 2011 de las 09:30 horas suscita por un médico adscrito al Hospital General Tecate, en la que se describe lo que a continuación se detalla: "*PO OTB, puerperio inmediato, intubada por depresión respiratoria en posoperatorio inmediato con hipoxia cerebral a determinar causa. Sin respuesta neurológica a estímulos, secundario a sedación. Presentó paro ayer a las 01:00 am sin complicación aparente, con OTB por paridad satisfecha ayer por la tarde, después del parto evolucionó satisfactoriamente, pero posterior a la cirugía de OTB, probablemente*

secundaria a efecto de medicamento con evento hipóxico cerebral severo. Obstétricamente no hay compromiso ni complicaciones secundarias al evento quirúrgico".

17.3.12. Nota de Evolución de Medicina Interna de 2 de julio 2011 de las 21:30 horas con rúbrica ilegible en la que se dejó asentado lo siguiente: "*Presenta salida de mucosidad muy espesa verdosa por cavidad oral asociada a la leucocitosis*[106] *y en Rx de tórax imagen media basal derecha compatible con proceso en vías de consolidación; agregó Ceftriaxona IV*".

17.3.13. Nota de Evolución de Medicina Interna de 3 de julio de 2011 firmada por un médico adscrito al Hospital General de Tecate, de la cual se desprende lo siguiente: "*35 años, puerperio inmediato, PO OTB, hiperreactividad bronquial, pbe. Asma, pbe. Encefalopatía anoxoisquémica. Hoy se retiró sedación a las 07:00 horas y duró 2 horas y media sin ella, durante las cuales se apreció apertura ocular espontánea y ausencia de movimientos broncoespasmo notable al aspirar, tubo endotraqueal con abundantes secreciones purulentas, ya desde ayer con antimicrobiano (Ceftriaxona) hoy se inicia Clindamicina, presentando además pico febril de 38.5°C que se conserva con medios físicos y Paracetamol y se interconsulta a ginecología los cuales dejan manejo para control de la secreción de leche, hemodinámicamente estable cardiovascular todavía con extrasístoles ventriculares. Consideramos la paciente no estuvo tiempo sin sedación para valorar estado neurológico por lo que habrá que intentarlo cuando las condiciones de la paciente permitan de nuevo su retiro. Se reporta muy grave con pronóstico reservado a respuesta neurológica y evolución. Hoy se inició dieta por vía enteral. Insistimos en pronta realización de IRM* [107] *y valoración por neurología*".

17.3.14. Nota de Ginecología y Obstetricia de 3 de julio de 2011 de las 08:00 horas realizada por un médico adscrito al Hospital de General de Tecate, de la cual se advierte lo siguiente: "*Atendida de eutócico y OTB con hipoxia cerebral, bajo entubación endotraqueal.*

---

[106] Aumento en el número de células de glóbulos blancos de la sangre.

[107] Imágenes de resonancia magnética.

Útero bien involucionado, herida post OTB sin datos de infección, loquios escasos. Continúa manejo establecido por medicina interna".

17.3.15. Nota de Evolución de Medicina Interna de 4 de julio de 2011 a las 09:00 horas, con rúbrica ilegible, de la cual se advierte lo que a continuación se transcribe: *"Femenino 35 años, la cual cursa su 3° día de EIH por puerperio fisiológico + OTB complicado con encefalopatía anoxoisquémica + neumonía por aspiración. Actualmente con ventilación mecánica, sedada y relajada con parámetros de ventilación establecidos, signos vitales estables, pupilas isocóricas, con leve respuesta a la luz, campos pulmonares con murmullo vesicular, disminuidos en ambas bases, no estertores. Obstétricamente sin compromiso".*

17.3.16. Nota de Evolución de Medicina Interna de 4 de Julio de 2011 de las 12:00 horas, suscrita por un médico adscrito al Hospital General de Tecate, de la que se desprende: *"Neurológico: Ramsa y V, con sedación a base de Midazolam y analgesia con Fentanil, pupilas mióticas por efecto de fármaco, no hay datos de lateralización. Respiratorio: en asistencia mecánica respiratoria, asisto control, campos pulmonares con murmullo vesicular presente bilateral, no se integra síndrome pleuroplumonar. Abdominal: sonda nasogástrica para alimentación, abdomen globoso a expensas de panículo adiposo [108] , peristalsis [109] disminuida. Comentario: trataremos de retirar sedación para valorar funciones mentales superiores y evaluar pronóstico a corto plazo. Se le explica a esposo la situación actual y plan de manejo".*

17.3.17. Nota de Evolución de Medicina Interna de 4 de julio de 2011 de las 15:00 horas con rúbrica ilegible, de la que se desprende lo siguiente: *"La evolución es tórpida[110], la neumonía es grave ya que requiere asistencia mecánica ventilatoria, esta patología debe ser manejada en una Unidad de Cuidados Intensivos. Traslado a UCI[111], se elabora hoja de traslado"*.

---

[108] Esta capa se denomina panículo adiposo y es un aislante del frío y del calor. Actúa como una almohadilla y también como un almacén de reservas nutritivas.

[109] Proceso por el cual se producen una serie de contracciones y relajaciones radialmente simétricas en sentido anterógrado a lo largo del tubo digestivo y los uréteres, llamadas ondas peristálticas.

[110] Lesión o afección que no tiende a mejorar ni agravarse.

[111] Unidad de cuidados intensivos.

17.3.18. Nota Evolución Medicina Interna de 9 de agosto de 2011 de las 17:50 horas, sólo con firma y sin nombre del médico que la suscribe, en la que se establece *"Enviada como traslado por máximo beneficio, con daño neurológico establecido, solicito laboratoriales y estudios complementarios, se explica a esposo. Plan: Anticoagulante Profiláctico, Omeprazol…".*

17.3.19. Nota Evolución Medicina Interna de 11 de agosto de 2011 de las 14:00 horas, suscrita por un médico adscrito al Hospital General Tecate, en la cual se refiere: *"Cardiaco arrítmico, pulmonares normales. Catéter subclavio derecho permeable, cánula de traqueostomía permeable, abdomen con gastrostomía permeable".*

17.3.20. Nota de Medicina Interna de 15 de agosto de 2011 de las 12:00 horas, en la que se establece que *"Actualmente mismas condiciones generales, sin respuesta a estímulos verbales, mirada conjugad. Cardiopulmonar sin compromiso, abdomen con gastrostomía. Cambio a cánula –ilegible- sin complicaciones… médicamente puede continuar manejo de sostén en casa; familiares capacitados…-ilegible-"*

17.3.21. Nota de Evolución de Medicina Interna de 16 de agosto de 2011 a las 23:55 horas firmada por un médico adscrito al Hospital General Tecate, a través del cual se establece que: "*Requiere rehabilitación física y adiestramiento de familiares sobre ejercicios, se reporta delicada, mal pronóstico para la función reservado para la vida"*.

17.3.22. Nota de Evolución Medicina Interna de 22 de agosto de 2011 suscrita por un galeno adscrito al Hospital General Tecate, en la que señala que: *"Ingresa a nuestro servicio el 9 de agosto referida del Hospital General Tijuana… Consiente, localiza el dolor, no comunica verbalmente, pupilas isocóricas, cánula de traqueostomía permeable, cardiopulmonar normal, abdomen con sonda de gastrostomía funcional… Paciente cuyo plan es capacitar a familiares para egresar a su domicilio… Se encuentra en condiciones de ser egresada y así evitar infecciones nosocomiales".*

17.3.23. Nota de Evolución de Medicina Interna de 24 de agosto de 2011 de las 11:30 horas, elaborada por un médico adscrito al Hospital General Tecate, en la que estableció lo siguiente: "*Encefalopatía anoxoisquémica, ESV*[112] *en tto*[113]*, fiebre en estudio. TA 130/82, FR 22, FC, temp. 38°C, cánula*[114] *de traqueostomía permeable con salida de material blanquecino fétido. Se agrega fiebre en estudio de origen nosocomial, se inicia doble esquema de antibiótico y solicito cultivos*".

17.3.24. Nota de Evolución de Medicina Interna de 26 de agosto de 2011 de las 12:00 horas firmada por un galeno adscrito al Hospital General Tecate, de la que se advierte "*Se encuentra en su día 3 de antibióticos, sin fiebre. El lunes recabar cultivos*".

17.3.25. Nota de Evolución de Medicina Interna de 29 de agosto de 2011 de las 23:00 horas, sólo con rúbrica de quien la suscribe, en la cual señala que: *"No se recabaron cultivos, nada que agregar. Continúa en mismas condiciones…egreso en breve".*

17.3.26. Nota de Evolución de medicina Interna de 31 de agosto de 2011 de las 00:30 horas, suscrita por una médica adscrita al Hospital General Tecate en la que se estableció *"Sin cambios neurológicos. CsPs leve hipoaereación hemitórax izquierdo, resto sin cambios. Rx tórax: atelectasia laminares, resto sin alteraciones".*

17.3.27. Nota de Evolución de Medicina Interna de 9 de septiembre de 2011 de las 23:00 horas con una firma ilegible de la cual se advierte lo siguiente: "*Llama atención que reportan pico febril de 38° esta noche; hace dos días fue suspendida Amikacina continúa solo con Ceftriaxona…, laboratorios de ayer… leucos*[115] *10,200".*

17.3.28. Nota de Evolución de Medicina Interna de 17 de septiembre de 2011 sin datos de quien la suscribe, en la cual se describe: "*Actualmente con dificultad respiratoria de inicio súbito con abundantes secreciones, taquicardia de hasta 130x' aunque se usó*

[112] Extrasístole supraventricular.
[113] Tratamiento.
[114] Elementos suelen utilizarse en intervenciones quirúrgicas y en diversos aparatos con la finalidad de introducir o extraer un fluido.
[115] Los leucocitos, también conocidos como glóbulos blancos, son un componente importante de la sangre y una pieza clave en el sistema inmunológico del cuerpo.

B2 agonista y puede ser factor que la incremente; se toma Rx tórax y se observa una imagen en forma de cuña, se acumulan soluciones, se coloca cánula de traqueostomía con adaptador para ventilador se aspiran abundantes secreciones amarillentas y presentó pico febril de 38°C, se inicia tratamiento antimicrobiano que cubre espectro vs psuedomonas se mantiene hemodinámicamente estable aunque con taquicardia de 130xmin, EKG[116] con datos de taquicardia inusual[117] (pbe asociado a uso de B2 agonistas)".

17.3.29. Nota de Evolución de Medicina Interna de 19 de septiembre de 2011 firmado por un médico adscrito al Hospital General Tecate a través de la cual se estableció: "*Abdomen distendido, sonda de gastrostomía a derivación, sin peristalsis se cambió antibiótico por Imipem, tiene distensión abdominal, sin peristalsis. Rx abdomen y US[118]*, IC[119] a cirugía*, grave, pbe complicación abdominal*".

17.3.30. Nota de Evolución de Medicina Interna de 20 de septiembre de 2011 de las 21:15 horas, con una rúbrica ilegible de la cual se advierte: "*Abdomen distendido, no ascitis[120], no peristalsis, no parece haber rebote. Solicito TAC abdomen pendiente valoración por cirugía*".

17.3.31. Nota de Cirugía de 21 de septiembre de 2011 de las 10:00 horas a con firma ilegible, de la cual se advierte lo siguiente: "*Femenino 35 años, la cual cuenta con Dx ampliamente comentados se encuentra intubada, abdomen distendido "ilegible", gastrostomía abierta, no escucho peristalsis. Lab K 2.0, amilasa "ilegible". Se nos pide valoración para descartar patología intestinal, sin embargo, la paciente cuenta con hipocalemia lo que justifica la distensión"*.

17.3.32. Nota de Evolución de Medicina Interna de 21 de septiembre de 2011 de las 10:30 horas, suscrita por un médico adscrito al Hospital General Tecate, en la que se describe: "*Persiste con distensión*

[116] Electrocardiograma.
[117] La taquicardia sinusal es el aumento de la frecuencia cardíaca por encima de 100 latidos por minuto.
[118] Ultrasonidos.
[119] Insuficiencia cardiaca.
[120] La ascitis es la acumulación de líquido en el área que rodea a los órganos en el abdomen.

abdominal y ausencia de peristalsis, se repondrá K y ya se solicitó TAC abdomen".

17.3.33. Reporte Radiológico de 21 de septiembre de 2011 elaborada por un galeno adscrito al Hospital General Tecate, mediante el cual se concluyó: "*Derrame pleural*[121] *bilateral con atelectasias*[122] *basales, proceso inflamatorio gástrico a descartar neoplasia, ascitis con aumento de la densidad a descartar quilosa, hígado sin evidencia de lesiones dominantes, sin evidencia de adenopatía retroperitoneal, tubo digestivo sin evidencia de procesos obstructivos, existiendo colección pericecal. Presencia de Sonda de gastrostomía, proceso inflamatorio de cola de páncreas*".

17.3.34. Nota de Evolución de Medicina Interna de 22 de septiembre de 2011 de las 14:00 horas, firmada por un médico adscrito al Hospital General Tecate en la que estableció: "*Se revisa TAC apreciando engrosamiento difuso de paredes, de estómago con reducción de la luz gástrica, observando punta terminal de sonda de gastrostomía a nivel de la segunda porción del duodeno*[123] *con aparente fuga de contraste a cavidad abdominal, además importante edema de la pared del marco colónico con colección pericecal, además líquido libre en cavidad abdominal, derrame pleural bilateral y atelectasia*[124]*, llama también la atención que no se observa medio de contraste en intestino delgado.- La paciente tiene sepsis de origen abdominal, dejo en ayuno, indico NPT*[125]*, se retira sonda de gastrostomía, IC a cirugía.- Hidratación, corrección hidroelectrolítica, ayuno, NPT*[126]*. Grave, dejo en expediente reporte por escrito de TAC enviada desde Tijuana y CD*".

17.3.35. Nota de Cirugía de 22 de septiembre de 2011 de las 23:00 horas, suscrita por un galeno adscrito al Hospital General Tecate, en la que estableció: "*La paciente actualmente con distensión abdominal y dolor a la palpación manifestado por gesticulaciones y silente a la*

---

[121] Pleura es una membrana serosa de origen mesodérmico que recubre ambos pulmones, el mediastino, el diafragma y la parte interna de la caja torácica.

[122] La atelectasia es la disminución del volumen pulmonar.

[123] En el sistema digestivo, el duodeno es la parte del intestino delgado que conecta el estómago con el yeyuno.

[124] La atelectasia es la disminución del volumen pulmonar.

[125] Nefrostomía percutánea (colocación de una pequeña sonda).

[126] Nutrición parenteral total.

auscultación. La TAC reporta como dato predominante líquido libre en cavidad abdominal, con colección pericecal. Presentó fiebre cuantificada 38.5 de las 15:00 a las 17:00 horas. El orificio de sonda de gastrostomía sin gasto. Considero necesario laparatomía exploradora y/o laparoscopía diagnóstica. No hay familiares en este momento para informes y pedir autorización".

17.3.36. Nota de Cirugía de 23 de septiembre de 2011 de las 21:00 horas, realizada por un médico adscrito al Hospital General Tecate en la que estableció: "*Sin mejoría clínica y continúa con estado séptico y requiere laparatomía exploradora sin embargo no hay tiempo quirúrgico debido a estar ocupado el quirófano con procedimiento de cirugía general y no hay otro anestesiólogo en el servicio*".

17.3.37. Nota de Cirugía de 23 de septiembre de 2011 de las 23:31 horas, sin firma de la que se advierte: "*Abdomen distendido, peristalsis ausente con dolor a la palpación superficial, rebote (+). Paciente con datos de sepsis con muy probable foco en cavidad abdominal por lo que considero requiere LAPE*[127]*, pero debido a la trombocitopenia*[128] *y la prolongación importante tiempos de coagulación, considero que sería necesario contar con concentrados plaquetarios y haber corregido con plasma antes de iniciar acto quirúrgico. Se comenta caso con encargado del turno y médico internista"*.

17.3.38. Nota de Evolución de Medicina Interna de 23 de septiembre de 2011 a las 01:00 horas, suscrita por una médica adscrita al Hospital General Tecate, en la que estableció: "*Servicio de cirugía de acuerdo que requiere manejo quirúrgico pero no está en condiciones por falta de apoyo de banco de sangre en plaquetas*[129]*. La paciente se encuentra en sepsis severa, falla hematológica, falla hepática, tiempos de coagulación muy prolongados, considero que la paciente requiere hospital de 3er nivel para vigilancia estrecha en Unidad de Cuidados Intensivos apoyo de sangre, etc. Dx: sepsis abdominal, falla orgánica múltiple, sepsis severa*".

---

[127] Laparotomía exploradora (incisión en el abdomen y examina los órganos abdominales).

[128] La trombocitopenia es cualquier situación de disminución de la cantidad de plaquetas circulantes en el torrente sanguíneo.

[129] Las plaquetas o trombocitos son pequeños fragmentos citoplasmáticos.

17.3.39. Nota de Cirugía de 24 de septiembre de 2011 de las 10:00 horas, firmada por un médico adscrito al Hospital General Tecate, en la que estableció: "*Abdomen distendido con rigidez e irritación peritoneal en hemiabdomen derecho, peristalsis abolida. Leucopenia, plaquetopenia y anemia leve. Clínicamente cursando con datos de abdomen agudo y sospecha de perforación de víscera hueca. Necesita laparatomía exploradora, transfundir plasma, concentrados plaquetarios y globulares. Ocupará terapia intensiva en el posquirúrgico, la unidad hospitalaria no cuenta ni con concentrados plaquetarios ni con UCI, por lo que se comenta caso con subdirector médico en turno y se decide su envío urgente a 2º nivel Hospital General Tijuana, paciente muy grave, a pesar de ser intervenida con pronóstico muy malo para la vida a corto plazo*".

17.3.40. Nota de Evolución de Medicina Interna de 24 de septiembre de 2011, suscrita por un médico adscrito al Hospital General Tecate, en la que estableció: "*Paciente femenino con dx de sepsis abdominal, neumonía nosocomial en remisión, continúa en malas condiciones generales; hemodinámicamente estable, FR 28 x min, FC 110 x min, TA 110/60, Temp. 36.5, Hb[130] 10.8, trombocitopenia severa 37,000; con acidosis metabólica compensada, Hipokalemia [131] 2.6, Hipomagnesemia[132] 1.2, se pasan cargas hídricas. Con distensión abdominal, ausencia de peristalsis, extrasístoles ventriculares aisladas ya con antiarrítmico; tendencia a hipoglucemia[133], requiere intervención quirúrgica, uso de hemoderivados (concentrados plaquetarios) se pasan 8; y requerirá pbe cuidados intensivos (se refiere a Tijuana y no aceptan), se reporta muy grave con mal pronóstico*".

17.3.41. Nota de Evolución de Medicina Interna de 25 de septiembre de 2011, firmada por un galeno adscrito al Hospital General Tecate en la que estableció: "*Infeccioso, pico de 38°C, hoy 7° día de Imipanem. Continúa con distensión abdominal, ausencia de peristalsis y reporta TAC colecciones intraabdominales, tiene secreción purulenta, sonda*

[130] Hemoglobina (hemoproteína de la sangre).
[131] Disminución de potasio.
[132] Disminución de grucosa.
[133] Azúcar baja en sangre.

de gastrostomía. Se pasará a quirófano por datos de sepsis abdominal".

17.3.42. Nota de Evolución de Cirugía General de 25 de septiembre de 2011 de las 09:00 horas, suscrita por un médico adscrito al Hospital General Tecate, de la que se advierte: "*Con diagnóstico de abdomen agudo y sepsis abdominal. Ocupa laparatomía. Exámenes de laboratorio de hoy: Hb 10.2 Hto*[134] *31.4 Leucocitos 5,100 Plaquetas 67,000. Afortunadamente ya se consiguieron concentrados plaquetarios (8) y se iniciará transfusión tanto de plaquetas como de concentrado globular. Al contar con tiempo quirúrgico se pasará a la laparatomía exploradora. Familiar (esposo) entrado de las condiciones de la paciente*".

17.3.43. Hoja de Valoración Preanestésica del 25 de septiembre de 2011, suscrita por un médico adscrito al Hospital General Tecate, en la que se establece *"Dx. Preoperatorio: abdomen agudo. Cirugía programada: laparatomía exploradora. Cuello: Traqueostomía. Plan anestésico: A.G. balanceada".*

17.3.44. Hoja de Cuidados de Enfermería al Paciente Quirúrgico de 25 de septiembre de 2011 en que se establece *"Cirugía realizada: Lap exploradora, cierre de úlcera gástrica".*

17.3.45. Nota Evolución Cirugía General de 26 de septiembre de 2011 de las 23:50 horas, con una rúbrica ilegible en la que estableció: "*Postq en sus primeras horas (día). LAPE con hallazgo de perforación gástrica, se le realizó cierre primario lavado de cavidad y drenaje; a la EF*[135]*, sedada conectada a ventilador con signos vitales TA 128/74 FC 142X' FR 14X' Temp. 38.5°C. Taquicárdica. Campos pulmonares hipoventilados en ambas bases. Hemiabdomen con hx qx limpia, con salida de líquido seroso-gástrico por orificio de gastrostomía, drenaje derecho con gasto de 175ml de las mismas características, drenaje izquierdo escaso seroso, perístalsis ausente, resto sin cambios. - Paciente séptica, con alto riesgo de dehiscencia de sutura de*

[134] Hematocrito (El hematocrito es el porcentaje que ocupa la fracción sólida de una muestra de sangre anticoagulada, al separarse de su fase líquida plasma).
[135] Exploración física.

estómago, continuaremos con soporte ventilatorio, líquidos, antibióticos".

17.3.46. Nota de Evolución de Medicina Interna de 26 de septiembre de 2011, sin firma, en la que se estableció: "*Femenino 35 años, postoperatorio de úlcera péptica perforada y cuadro franco de peritonitis y líquido peritoneal, en apoyo de ventilación mecánica shock séptico y bajo gasto, referencia a Unidad de Cuidados Intensivos por parte de Cirugía General*".

17.3.47. Nota Administrativa de 26 de septiembre de 2011, en la que se estableció: "*Se solicita traslado de la paciente a partir de las 10:00 horas del día de hoy a petición de Cirugía General ya que la paciente cuenta con datos clínicos y laboratoriales compatibles con sepsis de probable origen abdominal*".

17.3.48. Nota de Evolución de Medicina Interna de 28 de septiembre de 2011 de las 11:00 horas, suscrita por un médico adscrito al Hospital General Tecate, en la que estableció: "*FC 120. Dx Encefalopatía A-I, pbe. Atelectasia de lóbulo medio, neumonía nosocomial, el día de hoy se recibe en confort con el ventilador, hemodinámicamente estable aunque con taquicardia extrema de 165xmin; y posteriormente con desarrollo de hipotensión durante aprox. 10 min (sin registro "ilegible" en el cual se pasan soluciones cristaloides y norepinefrina en infusión. Se obtiene gasometría con imagen de deterioro metabólico, ante datos de hipotensión y acidosis metabólica se inicia antimicrobiano de más amplio espectro, siendo hoy más notables los efectos sistémicos de la sepsis. Se solicitan labs; luce pálida (pbe anemia) se valorará hemotransfusión*".

17.3.49. Nota de Evolución de Cirugía General de 28 de septiembre de 2011 emitida a las 08:30 horas por un médico adscrito al Hospital General Tecate, en la que se establece: "*… con diagnóstico de ingreso de sepsis abdominal y encefalopatía hipóxico-isquémica; paciente inconsciente sin sedación, con VMA*[136]*. Con regular hidratación, con traqueostomía funcional con VMA en modo AC con*

[136] Ventilación mecánica asistida.

Fi02[137] 35%, saturando al 99% con EEP[138] de 4 con CVC[139] con NPT[140] y actualmente hemotransfundiéndose. Campos pulmonares ventilados, con disminución del murmullo vesicular en ambas bases del tórax, con abdomen globoso, duro, con herida bien afrontada sin datos de infección, con presencia de orificio aparente fístula mucosa secreta material verdoso, en cantidad escasa, con Saratoga con gasto reportado de 600cc serohemático, no es valorable datos de irritación peritoneal por estado neurológico, con SF[141] a derivación con gasto 800/24h y DH [142] 33.3ml-hr, con BL -669ml, extremidades sin alteraciones.- Paciente con sepsis abdominal intervenida en clínica de HG Tecate con perforaciones de úlcera prepilórica. La paciente se encuentra grave, leucopenia de 3, neutrófilos 85.8%, Hb 8.8, Htc 26.9 y trombocitopenia de 30mm3, TP 13.2, TPT 45.7, PCR 1:160, resto normal, excepto hipoalbuminemia de 1.1 con PAM[143] de 83 y PVC 10, DxTx[144] 89. Se continúa con tratamiento médico establecido doble esquema, se tomará BH[145] control posterior a PG[146], se solicitarán "ilegible" y se solicitará interconsulta a UCI, se valora necesidad de relaparatomizar.".

17.3.50. Historia Clínica de Cirugía General en la que se *establece "V1. 35 años. Femenino… paciente que se encuentra sedada, con intubación endotraqueal, en posición forzada. Motivo de consulta sepsis abdominal".*

17.3.51. Hoja de Referencia del Hospital General de Tecate a Hospital General de Tijuana, Cirugía Genera/Unidad de Cuidados Intensivos, en la que se refiere lo siguiente: "*Femenino 35 años, diagnóstico de Encefalopatía hipóxico-isquémica, sepsis de origen abdominal, fiebre y taquicardia hace 4 días; los exámenes de laboratorio muestran leucopenia 4200, Hb 10.6, Hto 32.7, plaquetopenia 46,000, TP 15.7 seg, TTP 46 seg; TAC abdominal reporta (21-09-2011) colección*

[137] Fracción de oxígeno inspirado.
[138] Presión de eyección espiratoria.
[139] Catéter venoso central.
[140] Nutrición parenteral.
[141] Sonda de foley.
[142] Diuresis horaria.
[143] Presión arterial media.
[144] Dextrostix
[145] Hemoglobina.
[146] Paquete globular.

pericecal, así como proceso inflamatorio a nivel de cola de páncreas.- EF [147] : Paciente postrada, neurológico G [148] 7-8 (secuelas de encefalopatía), ventilación asistida con ventilador mecánico, traqueostomía, catéter central con línea ocupada por "ilegible". Campos pulmonares con hipoventilación bibasal, abdomen distendido con resistencia y datos de irritación peritoneal de predominio en hemiabdomen derecho. Peristalsis abolida, cursando con sepsis abdominal secundaria pbe a perforación de víscera hueca. Paciente complicada, neurológica, ocupa laparotomía exploradora, así como transfusión previa con hemoderivados (plaquetas, plasma, etc), así mismo ocupará cuidados intensivos posterior a la cirugía; nuestra unidad no cuenta con concentrados plaquetarios y el resto de hemoderivados son escasos, además que no hay UCI.- IDx: Encefalopatía hipóxico-isquémica, sepsis abdominal sec. a probable perforación de víscera hueca".

17.4. Fe Ministerial de Cadáver de 29 de septiembre de 2011 de las 21:28 horas, suscrita por el Agente del Ministerio Público del Fuero Común mediante la cual hace constar que se constituyó en las instalaciones del Hospital General Tijuana en donde procedió a dar fe de tener a la vista el cuerpo sin vida de V1, ordenando el levantamiento del cuerpo para su inmediato traslado a las instalaciones del Servicio Médico Forense para la práctica de la necropsia de ley.

17.5. Nota de defunción de 29 de septiembre de 2011 emitida por el Hospital General de Tijuana a nombre de V1 en la que se estableció que la víctima fue enviada del Hospital General de Tecate con diagnóstico de encefalopatía hipóxico-isquémica más sepsis de origen abdominal con distención abdominal, fiebre y taquicardia de 4 días de evolución, agregan además que ingresó con datos francos de choque séptico, que presentó descenso de la frecuencia cardiaca que evolucionó a un paro cardiaco, realizándose maniobras de resucitación sin éxito alguno, decretando hora de defunción a las 11:20 horas de la mañana, describiendo como causas de defunción: *"1. Choque Séptico, 2. Sepsis abdominal, 3. Ulcera prepilórica perforada y 4. Encefalopatía Hipóxico-Isquémica"*.

[147] Exploración física.
[148] Glasgow (escala de evolución de estado neurológico)

17.6. Certificado de Necropsia emitido el 3 de octubre de 2011 por los Peritos Médicos Legistas adscritos al Servicio Médico Forense del Partido Judicial de Tijuana, Baja California, los cuales practicaron la necropsia a V1 y concluyeron como causas determinantes de la muerte: *"Falla orgánica múltiple secundaria a sepsis abdominal"*.

17.7. Determinación de la Averiguación Previa No.1 de 17 de octubre de 2015, emitida por el Titular de la Agencia del Ministerio Público Receptora Tecate, en la cual resuelve ejercitar acción penal en contra de AR1 y AR2, por lo delito de homicidio por culpa y Responsabilidad Médica y Técnica, así como consignar la indagatoria ante el Juez Penal de Primera Instancia, solicitando se gire la orden de aprehensión en contra de AR1 y AR2 y se inicie el proceso correspondiente.

17.8. Auto de Radicación sin detenido de la Causa Penal No.1, emitido el 5 de noviembre de 2015 por el Juez de Primera Instancia Penal del Partido Judicial de Tecate, Baja California.

17.9. Orden de Aprehensión dictada el 27 de noviembre de 2015 por el Juez de Primera Instancia Penal del Partido Judicial de Tecate, Baja California, dentro de la Causa Penal No.1, en la que resuelve ha lugar a dictar mandamiento de aprehensión en contra de los inculpados AR1 y AR2 por la comisión de los delitos de homicidio por culpa y responsabilidad médica y técnica.

17.10. Resolución del Juicio de Amparo Indirecto No.1 interpuesto por AR1 en contra de la Orden de aprehensión, promovido ante el Juez Cuarto de Distrito en Materia de Amparo y Juicios Federales en el Estado de Baja California, en la cual se le concede la suspensión definitiva de los actos reclamados.

17.11. Escrito inicial de fecha 24 de febrero de 2016, a través del cual AR1 promueve ante el Juzgado de Distrito en Materia de Amparo y Juicios Federales en el Estado de Baja California, el juicio de Amparo Indirecto No.2 en contra del auto de formal prisión y auto de sujeción a proceso sin prisión preventiva, dictado dentro de la Causa Penal No.1.

17.12. Sentencia de 26 de mayo de 2016 del Toca Penal No.1 respecto del recurso de apelación interpuesto a favor de AR1 en contra del auto de término constitucional de fecha 28 de enero de 2016 dictado por el Juez de Primera Instancia Penal de Partido Judicial de Tecate, Baja California, dentro de la Causa Penal No.1, que se instruye al procesado por los delitos de homicidio por culpa y responsabilidad médica y técnica, en el cual resuelve se revoca en apelación el auto de formal prisión por el delito de homicidio por culpa, así como el auto de sujeción a proceso por el delito de responsabilidad médica y técnica dictados por el Juez de Primera Instancia Penal de Partido Judicial de Tecate, Baja California.

17.13. Audiencia constitucional de 26 de febrero de 2016 celebrada ante el Juzgado Segundo de Distrito en Materia de Amparo y de Juicios Federales en el Estado de Baja California en la cual se resuelve sobreseer el Amparo Indirecto No.2 por recaer una causal de improcedencia.

18. Opinión Médica de 26 de mayo de 2017 suscrita por una médica legista designada para coadyuvar con este Organismo Estatal con relación a la Queja interpuesta por Q1 derivado de la atención médica otorgada a V1 en las instalaciones del Hospital General de Tecate.

19. Dictamen Médico elaborado por dos médicos particulares, en el que consta que realizaron un estudio a las constancias del expediente clínico de V1, emitiendo sus conclusiones respecto de la atención que le fue brindada en el Hospital General de Tecate; mismo que fue presentado por Q1 ante esta Comisión Estatal el 21 de julio de 2017.

20. Acta circunstanciada de 13 de febrero de 2018 realizada por un Visitador Adjunto de este Organismo Estatal en la cual hace constar la consulta realizada al expediente de la Causa Penal No.1.

III. SITUACIÓN JURÍDICA.

21. El 1 de julio de 2011 V1 dio a luz a su hijo en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de Tecate, solicitando posterior a ello se le realizara una intervención quirúrgica de Obstrucción Tubárica Bilateral, la cual se llevó a cabo en esa misma fecha provocándole graves repercusiones en su salud, por lo que fue traslada al Hospital General de Tijuana, en donde fue atendida, sin

embargo su estado de salud evolucionó hacia el deterioro lo que tuvo como consecuencia que el 29 de septiembre de ese mismo año a las 11:20 horas V1 perdiera la vida, señalándose en la nota de defunción como causas de muerte *"Choque Séptico, Sepsis Abdominal, Úlcera Prepilórica perforada y Encefalopatía Hipóxico-Isquémica"*[149].

22. Por estos hechos, Q1 acudió a la Procuraduría General de Justicia del Estado de Baja California a presentar denuncia en contra de AR1 y AR2[150], radicándose con motivo de ello el 21 de julio de 2011 la Averiguación Previa No.1, por el delito responsabilidad médica y técnica; posterior a la muerte de V1 se amplía por el ilícito de homicidio por culpa, resolviendo la fiscalía el 17 de octubre de 2015 consignar dicha indagatoria ejercitando acción penal en contra de AR1 y AR2, solicitándole al juez en turno obsequie orden de aprehensión.

23. El 5 de noviembre de 2015 se radica la Causa Penal No.1 ante el Juzgado de Primera Instancia Penal del Partido Judicial de Tecate, incoada por los antijurídicos de homicidio por culpa y responsabilidad médica y técnica en contra de AR1 y AR2, dictando el 27 de ese mismo mes y año mandamiento de aprehensión en contra de los inculpados por los mencionados delitos.

24. Debido a lo anterior, AR1 interpuso demanda de amparo ante el Juzgado Cuarto de Distrito en Materia de Amparo y de Juicios Federales en el Estado de Baja California, señalando como acto reclamado la orden de aprehensión dictada en su contra, así como el cumplimiento de la misma, por lo que se dio inicio al Amparo Indirecto No.1, concediéndole el 4 de diciembre de 2015 la suspensión definitiva para que no fuera privado de su libertad hasta en tanto cause ejecutoria la sentencia que se dicte en el juicio principal.

25. Igualmente AR2 interpuso demanda de amparo en contra de la orden de aprehensión, de la cual conoció el Juzgado Cuarto de Distrito en Materia de Amparo y de Juicios Federales en el Estado de Baja California bajo el número de Amparo Indirecto No.2, resolviendo el 31 de julio de 2017 el sobreseimiento del mismo en virtud que la autoridad señalada como responsable negó los actos reclamados.

26. Por su parte AR1 el 22 de enero de 2016 compareció ante el Juez de Primera Instancia Penal en Tecate, Baja California, rindiendo su declaración preparatoria dentro de la Causa Penal No.1, decretándole el 28 de enero de 2016 auto de formal

[149] Evidencias 17 y 17.5
[150] Evidencias 17 y 17.2.

prisión por el delito de homicidio por culpa y auto de sujeción a proceso sin prisión preventiva por el delito de responsabilidad médica y técnica.

27. Luego, el 29 de enero de 2016 la defensa particular de AR1 interpuso recurso de apelación en contra del auto de formal prisión dictado en su contra, asimismo en esa misma fecha el Juez Cuarto de Distrito en Materia de Amparo y Juicios Federales en el Estado de Baja California, decretó sobreseer el juicio de Amparo Indirecto No.1.

28. Por lo antes señalado, el 18 de marzo de 2016 AR1 interpone recurso de revisión ante el Primer Tribunal Colegiado del Décimo Quinto Circuito en contra del sobreseimiento del juicio de Amparo Indirecto No.1, radicándose bajo el número de Amparo en Revisión No.1, resolviendo la autoridad el 14 de julio de esa misma anualidad confirmar el sobreseimiento dictado por el Juez Cuarto de Distrito en Materia de Amparo y Juicios Federales en el Estado de Baja California.

29. Aunado a lo anterior, se tuvo a AR1 interponiendo juicio de Amparo Indirecto No.3 ante el Juzgado Segundo de Distrito en Materia de Amparo y Juicios Federales en el Estado de Baja California, en contra del auto de formal prisión dictado en su contra, decretándole la autoridad federal el sobreseimiento de dicho juicio de garantías el día 25 de abril de 2016, en virtud de no haberse agotado el recurso de apelación interpuesto por el defensor particular, resolución que causó estado el 13 de mayo de 2016.

30. Asimismo, dentro del Toca Penal No.1 derivado del recurso de apelación interpuesto por el defensor particular de AR1, la Cuarta Sala del Tribunal de Justicia en el Estado resolvió el 26 de mayo de 2016 revocar a favor de AR1 el auto de formal prisión por el delito de homicidio por culpa y revocar el auto de sujeción a proceso por el delito de responsabilidad médica y técnica.

31. Derivado de lo antes señalado, en fecha 7 de junio de 2016 AR3, Agente del Ministerio Público adscrito al Juzgado de Primera Instancia Penal de Tecate, solicitó se remitieran a la fiscalía copias certificadas de la Causa Penal No.1, a fin de continuar con su integración y en su caso ejercitar nuevamente acción penal en contra de AR1.

32. Recuperando facultades AR3, Agente del Ministerio Público, quien continúo con la integración de la Averiguación Previa No.1, determinando el 26 de enero de 2017,

ejercitar nuevamente acción penal en contra de AR1, solicitando al Juez en turno orden de aprehensión en su contra.

33. Resolviendo el 30 de enero de 2017 el Juez de Primera Instancia Penal de Tecate, Baja California, decretar de oficio el sobreseimiento de la Causa Penal No.1, única y exclusivamente por lo que respecta a AR1, en virtud de haber transcurrido en exceso el plazo de seis meses para que AR3 Agente del Ministerio Público consignara, determinación que causó estado el 9 de febrero de 2017, surtiendo efectos de sentencia absolutoria con valor de cosa juzgada.

34. Continuando la secuela procesal únicamente en contra de AR2 quien interpuso juicio de Amparo en Revisión Administrativa No.1, ante el Primer Tribunal Colegiado del Décimo Quinto Circuito en Mexicali, Baja California, en contra del sobreseimiento decretado por el Juez Cuarto de Distrito en Materia de Amparo y de Juicios Federales en el Estado de Baja California dentro del Amparo Indirecto No.2, el cual a la fecha no ha sido resuelto.

35. Con relación a los hechos descritos a la fecha del presente pronunciamiento esta Comisión Estatal no tiene evidencia de que se haya iniciado investigación administrativa en contra AR1 y AR2, así como de AR3 por la responsabilidad administrativa en la que incurrieron.

IV. OBSERVACIONES.

A. VIOLACIÓN AL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD Y COMO CONSECUENCIA DE ELLO A LA VIDA.

36. La protección de la salud es una prerrogativa que tiene todo ser humano a disfrutar de bienestar físico y mental, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades, prolongación y mejoramiento de la calidad de vida humana, accediendo a los servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población.[151]

37. El Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador), en sus artículos 10.1 y 10.2 reconocen que el derecho a la salud consiste

[151] Soberanes Fernández, José Luis. Manual para la Calificación de Hechos Violatorios de los Derechos Humanos, -Editorial Porrúa y CNDH, página 307, Segunda Edición, México 2009.

en el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social que tiene todo individuo sujeto a la jurisdicción del Estado.

38. En ese sentido, es preciso reconocer que la protección a la salud es un derecho humano indispensable para el ejercicio de otros derechos, que debe ser entendido como la posibilidad de las personas a disfrutar de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar su más alto nivel; sobre el particular, la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales reconoce a la salud como un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos, permitiendo con ello vivir dignamente.

39. Al respecto, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos emitió la Recomendación General No.15, sobre el Derecho a la Protección de la Salud, de fecha 23 de abril de 2009, en la que afirma que el derecho a la protección de la salud debe entenderse como la prerrogativa de exigir al Estado un sistema capaz de proteger y velar por el restablecimiento de la salud, y que el desempeño de los servidores públicos de las instituciones es fundamental, ya que de sus acciones u omisiones dependerá la eficacia con que éste se garantice, y la efectividad de tal derecho demanda la observancia de elementos esenciales que garanticen servicios médicos en condiciones de disponibilidad, accesibilidad (física, económica y acceso a la información), aceptabilidad y calidad.

40. El derecho a la protección a la salud se encuentra regulado por el artículo 4, párrafo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, 8.1 Declaración sobre el Derecho al Desarrollo, 2 de la Ley General de Salud, 7 apartado A, 106, párrafo segundo de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Baja California, 3 de la Ley de Salud Pública para el Estado de Baja California, los cuales en términos generales reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

41. Respecto al derecho a la vida en el Catálogo para la Calificación de Violaciones a Derechos Humanos emitido por la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México, se establece que es un derecho que garantiza el respecto al ciclo vital de todo ser humano desde su concepción hasta su muerte, y no debe ser coartado bajo ninguna circunstancia.

42. En el caso que nos ocupa se observó que existió violación al derecho a la protección a la salud y como consecuencia de ello a la vida en términos del siguiente análisis:

43. El 1 de julio de 2011 V1 dio a luz a un niño –sin complicaciones médicas- mediante parto eutócico vaginal en el Hospital General de Tecate, dependiente de la Secretaría de Salud Pública del Estado de Baja California[152], en donde posterior al nacimiento de su hijo, solicitó método de planificación familiar definitiva consistente en OBT, ello en razón de paridad satisfecha[153], por lo que se solicitó realizarle una valoración preanestésica[154], acordando como riesgo quirúrgico ASA[155] E2B.

44. Ahora bien, respecto a la atención médica que se le brindó a V1 en el Hospital General de Tecate se observó de acuerdo a lo determinando por los peritos médicos de la Comisión de Nacional de Arbitraje Médico[156] y de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos[157], así como del galeno (médicos legista y general, particulares contratados por Q1)[158] que realizaron los dictámenes y opiniones médicas lo que a continuación se detalla:

45. El Perito Médico de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico en su dictamen médico 1041/15[159] señaló que atendiendo al Registro de Anestesiología y Recuperación, AR1 optó como técnica anestésica un bloqueo subaracnoideo, en lugar del bloqueo epidural señalado en la Norma Oficial Mexicana *"NOM 005-SSA2-1993, De los Servicios de Planificación Familiar"*. Ignorando los motivos de ello; sin embargo, como la propia norma lo señala, la técnica anestésica *"será elegida según el caso".*

46. Además, agregó que el Midazolam fue administrado a la llegada de la paciente al quirófano, esto es a las 15:30 horas, incluso se repitió la mitad de la dosis inicial unos minutos después, sin que se advirtieran alteraciones en los signos vitales, ni en la saturación de oxígeno; por ello, es muy poco probable que el evento adverso presentado alrededor de las 16:20 horas, estuviese relacionado con una reacción

[152] Evidencias 17.2, 17.2.2, 17.3, 17.3.1, 17.3.2 y 17.3.3
[153] Evidencias 17.3 y 17.3.3
[154] Evidencias 17.3 y 17.3.4
[155] Evidencia 14
[156] Evidencia 16
[157] Evidencia 18
[158] Evidencia 19
[159] Evidencia 16

adversa a este sedante. Es decir, el Midazolam fue utilizado posteriormente para mantener sedada a la paciente sin que se reportara reacción secundaria alguna.

47. Igualmente precisó que aplican las mismas consideraciones técnicas para el Fetanilo (narcótico analgésico) y la Bupivacaína pesada (anestésico local) debiendo señalar que las dosis empleadas de los tres medicamentos fueron acordes al peso de la paciente (promedio 79 kilos).

48. Confirmó que en ese sentido, fue hasta alrededor de las 16:20 horas, cuando la paciente presentó hipotensión arterial acompañada de desaturación de oxígeno. Si bien el bloqueo espinal (subaracnoideo) por sí mismo puede ocasionar hipotensión arterial y falla respiratoria secundaria (isquemia del tallo cerebral) en términos de lo expresado en el rubro de sustrato teórico, estas complicaciones no parecen corresponder a efectos indeseables del bloqueo espinal, pues previo al mismo, V1 recibió líquido parenteral suficiente, cuantificado por el servicio de enfermería en 1,000 ml de solución Hartmann, en tanto que la desaturación se presentó concomitantemente con la hipotensión, siendo necesaria una hipotensión sostenida para que se presente el fallo respiratorio en estos casos.

49. El perito Médico de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico también señaló que dada la inmediatez del evento adverso con la administración de Metamizol y Ketorolaco (anestésicos no esteroideos), todo indica que éstos fueron los causantes del mismo. Ahora bien, en cuanto al mecanismo de producción, tanto las dosis reportadas por AR1 (Metamizol 2 gramos, Ketorolaco 60 mg), como por el servicio de enfermería (Metamizol 1 gramo, Ketorolaco 30 mg) están dentro de las dosis terapéuticas señaladas en la literatura especializada; sin embargo, pueden causar hipotensión arterial particularmente cuando se administran conjuntamente; sin embargo, la asociación inmediata con desaturación de oxígeno no sería lo esperado, debiendo acotar que la cifra de 44% que se dice duró de uno a dos minutos, señalada en la Nota de Anestesiología, no es posible advertirla en el Registro de Anestesia y Recuperación, donde se observa que la hipotensión arterial de aproximadamente 60/40 mmHg, se acompañó de desaturación de 88%.

50. De acuerdo a lo referido y ponderando el señalamiento de que V1 presentó en esos momentos rash cutáneo (erupción, enrojecimiento de la piel) en tórax, el cual cedió con la administración del esteroide hidrocortisona, todo indica que se trató de

una reacción anafiláctica [160] en la paciente, manifestada por alteraciones cardiovasculares, respiratoria y cutáneas.

51. El perito de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico precisó que la susceptibilidad de V1 por desarrollar reacciones alérgicas se vio nuevamente reflejada el 16 de agosto de 2011 cuando se reportó reacción adversa al Ciprofloxacino y el 25 de ese mismo mes y año cuando presentó reacción alérgica a la administración de plaquetas.

52. También señaló que en cuanto al manejo del evento adverso, en el registro anestésico no es posible identificar cuál fue el manejo de líquidos por parte de AR1, reportando únicamente que administró un total de 800 ml y la hipotensión y desaturación fueron revertidas con aplicación de Afedrina y aumentando el oxígeno suplementario lo cual fue insuficiente, optando por intubación endotraqueal de V1 para asistencia mecánica ventilatoria.

53. Paralelamente refirió que V1 recobró el automatismo ventilatorio, manteniendo saturaciones de oxígeno normales (97% a 98%), por lo que se decidió extubarla para continuar con oxígeno suplementario por puntas nasales y enviarla al servicio de Recuperación alrededor de las 18:25 horas, con aparente estabilidad.

54. Igualmente señaló que de acuerdo a los registros del servicio de Enfermería, estando V1 en el servicio de Recuperación, a las 18:55 horas, continuaba sin recuperar la conciencia (bajo anestesia), presentaba baja saturación de oxígeno, pues fue reportada con cianosis, además de hipotensión arterial (hipotensada) hasta presentar movimientos involuntarios, por lo que personal de Enfermería dio aviso a AR2, quien a su vez indicó fuera valorada por Medicina Interna, llegando AR1 y un médico adscrito a Medicina Interna.

55. Precisando el perito médico que lo referido conlleva que V1 se encontraba en el servicio de Recuperación sin asistencia médica, contraviniendo lo dispuesto en los numerales 12.1.1[161], 12.4[162] y 12.9[163] de la Norma Oficial Mexicana NOM 170-SSA1-1998, Para la Práctica de Anestesiología, lo cual en la especie adquiría

[160] Reacción alérgica que puede poner en riesgo la vida de la persona.

[161] Lineamientos para el cuidado post-anestésico. Evaluará durante el periodo post-anestésico.

[162] La vigilancia del paciente en la unidad de cuidados Post-anestésicos es responsabilidad y deberá proporcionarla un médico del servicio de anestesiología asignado al servicio de recuperación.

[163] Un paciente transportado a la unidad de cuidados post-anestésicos será acompañado por el anestesiólogo y el cirujano, quienes estarán al tanto de sus condiciones físicas, será evaluado continuamente y conforme a las circunstancias, será tratado clínicamente.

relevancia pues la paciente había afrontado un evento adverso transanestésico y hay evidencia de que no había recobrado la conciencia; además de encontrarse sin protección de la vía aérea (desintubada).

56. Por ello especificó que en esos términos se observan elementos de mala práctica en la atención otorgada a V1 por AR1, anestesiólogo a cargo, pues si bien la paciente había negado ser alérgica a medicamento alguno, no tenía manera de prever o evitar una reacción anafiláctica y actuó razonablemente en su control; sin embargo no la vigiló en la sala de recuperación postanestésica, omisión que impidió advirtiera oportunamente la inestabilidad hemodinámica y la insuficiencia respiratoria, sin que actuara en consecuencia, llevando a la paciente a un estado de hipoxia cerebral, manifestada inicialmente por convulsiones y ulteriormente por encefalopatía hipóxico isquémica, lesiones que por su naturaleza pusieron en riesgo la vida de la paciente.

57. Además agregó que la mala práctica referida es extensiva a AR2, ginecoobstetra a cargo, en términos del inciso 12.9 de la Norma Oficial Mexicana NOM 170-SSA1-1998, Para la Práctica de Anestesiología, vigente al momento de los hechos.

58. Igualmente el perito médico detalló que la causa de la descompensación hemodinámica y respiratoria fue un evento de laringoespasmo el cual fue revertido, siendo V1 nuevamente intubada para asistencia mecánica ventilatoria, estabilizada hemodinámicamente y llevada a piso de Ginecoobstetricia a cargo del servicio de Medicina Interna, pero sin respuesta neurológica y persistiendo con crisis convulsivas a lo que se indicó sedación con Midazolam y el anticonvulsivo Difenilhidantoína. Ante el reporte tomográfico cerebral normal, pues el edema cerebral causado por hipoxia suele no ser evidente en las primeras 24 horas posteriores al evento adverso, se previó la realización de resonancia magnética para valoración por el servicio de Neurología; además, se controlaron desequilibrios electrolíticos y se inició antibioticoterapia (Ceftrianoxa, Clindamicina) ante la presencia de infección respiratoria adquirida en el medio hospitalario, lo cual es propio de la asistencia mecánica ventilatoria y las condiciones neurológicas en que se encontraba V1 siendo enviada el 5 de julio de 2011 al Hospital General de Tijuana, para proseguir con su atención.

59. Atendiendo al formato de egreso de dicho Hospital General de Tijuana, la paciente ingresó a la Unidad de Cuidados Intensivos a las 13:40 horas de la fecha

antes mencionada, en donde se continuó el manejo previamente establecido, con control del proceso neumónico, valorada por Neurología con electroencefalogramas que determinaron daño encefálico causante de convulsiones. A fin de evitar alteraciones traqueales por persistencia prolongada de la cánula endotraqueal y alimentar a V1, se realizaron oportunamente traqueostomía y gastrostomía; sin embargo, en ningún momento recuperó estado neurológico normal (sin estado de alerta, sin comunicar), siendo egresada al Hospital General de Tecate el 20 de julio de 2011.

60. Al respecto, el perito médico la Comisión de Arbitraje Médico, también señaló que se ignora por qué V1 fue presentada al Hospital General de origen hasta 20 días después, el 9 de agosto de 2011, cuando se reportó nuevamente con alteraciones pulmonares (atelectasia, colapso de una porción del pulmón) e infección de vías urinarias que fueron tratadas y controladas, estimando que podría continuar con atención a domicilio una vez capacitados los familiares (17 y 22 de agosto de 2011), pues el daño cerebral era irrecuperable y la paciente se encontraba en riesgo de adquirir nuevamente infecciones hospitalarias.

61. El 17 de septiembre de 2011, V1 presentó súbitamente dificultad respiratoria acompañada de fiebre de 38°, por acumulo de secreciones pulmonares, iniciando medidas para fluidificarlas, así como broncodilatadores y antibióticos; sin embargo, al día siguiente se reportó con distensión abdominal y peristalsis (movimientos intestinales) disminuida, lo que fue atribuido a alteraciones electrolíticas (baja de potasio) las cuales fueron corregidas; no obstante, ante la persistencia de la sintomatología, se estableció la posibilidad de patología abdominal, a lo cual se solicitó tomografía de abdomen que reportó alteraciones a nivel gástrico y líquido intraabdominal (pericecal), estimando correctamente el servicio Cirugía General que V1 ameritaba intervención quirúrgica para determinar la patología causante (laparotomía exploradora).

62. Debido a alteraciones en la coagulación de V1 (trombocitopenia severa, baja de plaquetas a 32,000), secundarias al proceso infeccioso (séptico) abdominal, fue necesaria la reposición de derivados sanguíneos; sin embargo, no estaban disponibles en la Unidad Médica (concentrados plaquetarios), además de no contar con Unidad de Cuidados Intensivos; por ello, se previó su envío al Hospital General de Tijuana donde no fue aceptada (ignorando los motivos), mientras tanto, se continuó bajo doble esquema antibiótico, logrando la obtención de los derivados sanguíneos necesarios y siendo llevada a quirófano hasta el 25 de septiembre de

2011 cuando en la laparotomía exploradora se reportaron como hallazgos una perforación gástrica prepilórica de 5cm de diámetro, estimada como úlcera gástrica perforada, que había ocasionado peritonitis severa, la cual fue reparada mediante cierre (sutura) primario, pues el epiplón era inservible para usarlo como parche. V1 fue estabilizada razonablemente en la Unidad de Cuidados Intermedios y ulteriormente enviada al Hospital General de Tijuana, pues estaba en riesgo de requerir reintervención quirúrgica ante los hallazgos reportados y las condiciones generales derivadas de las sepsis abdominal, lugar donde falleció el 29 de septiembre de 2011 a las 11:20 horas, con diagnóstico de choque séptico, sepsis abdominal, úlcera prepilórica perforada y encefalopatía hipóxico isquémica.

63. Finalmente el perito médico adscrito a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico concluyó lo siguiente: a) Existe evidencia pericial para afirmar que V1 solicitó método de planificación familiar definitivo, consistente en oclusión tubaria bilateral (OTB, salpingoclasia), pues estaba satisfecha con el número de hijos que tenía (paridad satisfecha), la cual se llevó a cabo por el servicio de Ginecoobstetricia del Hospital General de Tecate el 1 de julio de 2011, acorde a los señalamiento de la *lex artis* y la normativa sanitaria aplicable; b) Observamos elementos de mala práctica en la atención otorgada a V1 por AR1, anestesiólogo a cargo, pues si bien la paciente había negado ser alérgica medicamento alguno, no tenía manera de prever o evitar una reacción anafiláctica y actuó razonablemente en su control; sin embargo, no la vigiló en la sala de Recuperación Postanestésica, omisión que impidió advirtiera oportunamente la inestabilidad hemodinámica y la insuficiencia respiratoria, sin que actuara en consecuencia, llevando a la paciente a un estado de hipoxia cerebral, manifestada inicialmente por convulsiones y ulteriormente por encefalopatía hipóxico isquémica, lesiones que por su naturaleza pusieron en riesgo la vida de la paciente; c) La mala práctica referida es extensiva a AR2, ginecoobstetra a cargo, en términos del inciso 12.9 de la Norma Oficial Mexicana NOM-170-SSA1-1998, Para la Práctica de la Anestesiología, vigente al momento de los hechos; y d) En la defunción de la paciente influyeron diversos factores, incluso de índole institucional (administrativa) al observar dilación en la atención quirúrgica que ameritaba por motivo de sepsis abdominal, permitiendo su avance; sin embargo, en el supuesto de que la paciente hubiera sido intervenida quirúrgicamente de forma oportuna, de ninguna suerte garantizaba que hubiese salvado la vida, pues las úlceras gástricas perforadas conllevan múltiples complicaciones a pesar de un manejo diligente, las que a su vez ocasionan alta mortalidad.

64. Al respecto la perita médica que coadyuvó con esta Comisión Estatal de los Derechos Humanos en su opinión médica[164] señaló que si bien es cierto, V1 presentó un efecto adverso a alguno de los fármacos utilizados para la anestesia, sin poder especificar cuál de ellos, toda vez que se administraron varios; lo es también que, una vez que la paciente mostró datos de desaturación de oxígeno, hipotensión, apnea y falta de automatismo respiratorio, únicamente se manejó con puntas nasales y mascarilla facial, siendo hasta después de 15 minutos de haber iniciado con este cuadro que AR1 indicó manejo de la vía aérea con intubación orotraqueal, utilización de fármacos para revertir el efecto de los empleados para anestesia; indicando inadecuadamente la extubación de V1, una vez que mostró automatismo respiratorio, siendo lo indicado continuar en observación por al menos 24 horas para evitar una recaída en la mecánica ventilatoria; así mismo, V1 salió a recuperación después de 2 horas de haber permanecido en la sala de cirugía, presentando posteriormente estridor laríngeo y datos de laringoespasmos para lo cual se otorgó manejo local únicamente, siendo lo indicado, proteger la vía aérea tomando en consideración los antecedentes y condiciones clínicas; como era de esperarse y secundario al inadecuado manejo, V1 evolucionó hasta mostrar congestión y mal manejo de secreciones con movimientos incoordinados de tronco y extremidades torácicas, solicitándose después de 5 horas la valoración por el especialista en medicina interna.

65. Por lo anterior, la galena que colaboró con esta Comisión Estatal, fue coincidente con lo concluido por el médico especialista de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, al precisar que la atención médica brindada por AR1 a V1 en el Hospital General de Tecate fue inadecuada, precisando que se incumplió con lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica[165], en la Norma Oficial Mexicana NOM 170-SSA1-1998, Para la Práctica de Anestesiología[166], y en la Ley de Salud Pública para el

[164] Evidencia 18

[165] Artículo 9o.- La atención médica deberá llevarse a efecto de conformidad con los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica.

[166] 12.1.1.- El paciente al ingreso y alta de la unidad de recuperación post-anestésica deberá ser vigilado por un anestesiólogo.

12.1.5.-Realizar la visita post-anestésica 24 y aun 48 horas después del procedimiento, cuando sea necesario y permanezca el paciente hospitalizado.

12.4.-La vigilancia del paciente en la unidad de cuidados Post-anestésicos es responsabilidad y deberá proporcionarla un médico del servicio de anestesiología asignado al servicio de recuperación.

12.9.- Un paciente transportado a la unidad de cuidados post-anestésicos será acompañado por el anestesiólogo y el cirujano, quienes estarán al tanto de sus condiciones físicas, será evaluado continuamente y conforme a las circunstancias, será tratado clínicamente.

Estado de Baja California[167], además concluyó que se encontraron omisiones a la entonces vigente Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del Expediente Clínico, ya que en el mismo existen notas médicas con nombres incompletos, sin cargos, rangos, matrículas o especialidades y notas ilegibles[168].

66. Lo antes referido es concordante con el dictamen médico particular solicitado por Q1 a los médicos legista y general [169] quienes concluyeron que existe responsabilidad técnica-médica de AR1 por no cumplir con la NOM-170-SSA1-1998, Para la Práctica de la Anestesiología en sus numerales 11.10, 12.1, 12.1.1, 12.1.4, 12.1.5 y 12.9, los cuales se traducen en el abandono de V1 dado que después del evento que sufrió en quirófano en el que no recuperó el conocimiento y que presentó mayor complicación en la sala de recuperación los médicos tratantes no se encontraban para sacar a la paciente del estado crítico en el que cayó, situación que por supuesto agravó a V1, y trae como consecuencia la muerte posterior, pues de actuaciones se advirtió que V1 no volvió a recuperar el conocimiento, por las condiciones en las que quedó después del evento sufrido en el quirófano y en la sala de recuperación.

67. Además agregaron que si bien es cierto en la necropsia se estableció en la causa determinante de la muerte de V1, falla orgánica múltiple secundaria a sepsis abdominal, también lo es que V1 desde el momento en que sale del quirófano su diagnóstico fue parálisis respiratoria con paro de todas las funciones cerebrales, causando en consecuencia una encefalopatía hipóxico isquémica con grave daño cerebral, origen de desenlace mortal; estableciendo en ese sentido responsabilidad técnico-médica por AR1 en virtud de que en su diagnóstico pos operatorio señala una posible raquea masiva, lo cual provocó parálisis respiratoria con paro de todas las funciones cerebrales, causando desde luego una encefalopatía anoxoisquémica, con grave daño cerebral e irreversible (descerebración), como lo señaló el médico internista que atendió a V1 en la sala de recuperación al presentar convulsiones y falta de oxígeno.

---

[167] Artículo 42.- Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea, y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.

[168] 5.10.- 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.

5.11.- 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.

[169] Evidencia 19

68. Aunado a ello también concluyeron que AR2 tiene responsabilidad al no observar la NOM-170-SSA1-1998, Para la Práctica de la Anestesiología en sus numerales 12.1, 12.5 (sic) y 12.9, ya que tanto la AR1 como AR2 tenían la obligación de estar cuidado en el posoperatorio a V1, en el cual era importante y fundamental la presencia de ambos profesionales para salvar la vida de V1 al momento en que presentó la crisis convulsiva en la sala de recuperación, ya que como se advirtió en las actuaciones V1 había presentado choque anafiláctico que desembocó en una descerebración, y como consecuencia la muerte.

69. Respecto de los hechos, AR1 en su informe justificado[170] señaló que en ningún momento por acción o por omisión provocó daño o lesión alguna a V1, que su atención médica no fue de forma negligente, agregó que permaneció en el quirófano durante todo el procedimiento quirúrgico hasta que se pasó a V1 a piso a cargo de medicina interna y que no le realizó examen alguno para valorar si V1 era alérgica a algún medicamento; por su parte AR2[171] manifestó que al término de la cirugía el anestesiólogo le comentó que al aplicarle a V1 Dormicum presentó rash (reacción alérgica) leve en el pecho, del cual ella se percató, además de observar que AR1 le puso medicamentos para contrarrestar el efecto, estando presente todo el tiempo sólo salió a darle informes al esposo de V1, cuestión de 5 minutos y que cuando regresó la reacción anafilática estaba más severa y el anestesiólogo la entubo, estando presente AR2 hasta que sacaron a V1 a recuperación.

70. Respecto de la valoración de los dictámenes emitidos por los peritos médicos, quienes tienen diversas especialidades, la Suprema Corte de Justicia de la Nación en su tesis 1a. XXX/2018 (10a.), con número de registro 2016484, Décima Época, Primera Sala, Tesis Aislada, publicada el 23 de marzo de 2018 bajo el rubro "DICTAMEN PERICIAL EN MATERIA MÉDICA. EL VALOR PROBATORIO DEL RENDIDO POR UN MÉDICO GENERAL FRENTE AL EMITIDO POR UN MÉDICO ESPECIALISTA SE DETERMINA POR LA IDONEIDAD DE LA INFORMACIÓN CIENTÍFICA APORTADA Y SU UTILIDAD PARA LA SOLUCIÓN DE LA CONTROVERSIA", precisó que:

> "En relación con el valor de la prueba pericial en general, la Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, en la tesis 1a. CCXCIV/2013 (10a.), señaló que cuando un dictamen sea rendido por un perito cuyo campo de especialización carezca de vinculación o proximidad con la materia de la

[170] Evidencia 14
[171] Evidencia 15

prueba, éste carecerá de alcance probatorio; por el contrario, cuando el campo en el que se encuentra reconocido como experto posea un cierto grado de vinculación con la materia en torno a la cual versa el peritaje, podrá generar convicción en el órgano jurisdiccional, pero ello dependerá del grado de proximidad, así como de un análisis estricto del contenido del dictamen; así, entre mayor sea el grado de especialización del perito sobre la materia a dictaminar, mayor será el grado de convicción que puede generar en el juzgador. Sin embargo, si bien la especialización como cualidad de los peritos, en principio, conlleva la aportación de conocimientos de mayor calidad científica sobre algún tema en específico, ello no implica que el juzgador deberá otorgar en automático pleno valor probatorio a este tipo de dictámenes frente al rendido por alguien que no tenga dicha especialización, ni tampoco que deba negarle cualquier tipo de valor convictivo a este último, sino simplemente que superada la idoneidad del perito para ejercer el cargo, entre menor sea la proximidad del grado de experticia con relación al objeto de la prueba pericial, el juzgador deberá realizar un examen más escrupuloso de razonabilidad sobre dicho dictamen a efecto de determinar su valor convictivo. Lo anterior resulta aplicable a la pericial médica, pues el solo hecho de que un dictamen se emita por un médico que no es especialista no implica que carezca de valor probatorio, pues en términos del artículo 346 del Código de Procedimientos Civiles para el Distrito Federal, aplicable para la Ciudad de México, dicho perito, en tanto cuente con un título profesional que lo acredite como médico, puede emitir un dictamen en materia médica; por lo que ante la concurrencia de su dictamen con los emitidos por médicos especialistas, el juzgador deberá realizar un análisis más escrupuloso de razonabilidad sobre el rendido por aquél, a efecto de verificar que la información brindada resulte útil e idónea para la solución del caso, para lo cual deberá exponer las razones por las cuales considera que dicho dictamen tiene valor probatorio a pesar de la menor proximidad entre la capacidad científica del perito y la materia de la prueba; de ahí que el valor probatorio de los dictámenes periciales en materia médica no viene determinado necesariamente por la especialización de los peritos, sino fundamentalmente por la idoneidad de la información científica aportada y su utilidad para la solución de la controversia, lo cual deberá valorar el juzgador en cada caso concreto.”

71. En suma, de lo expuesto y de lo manifestado por AR1, AR2, así como de la valoración de lo concluido por los peritos médicos (quienes fueron coincidentes en

su determinación) y el contenido del expediente clínico, esta Comisión Estatal observa que AR1 y AR2, médicos adscritos al Hospital General de Tecate, incurrieron en diversas omisiones en relación con los cuidados y vigilancia estrecha que debieron brindar a V1 durante su recuperación post-anestésico quirúrgico tal y como lo marca la entonces vigente NOM-170-SSA1-1998, Para la Práctica de la Anestesiología, la cual como ya se señaló establece claramente que la supervisión médica en general y la coordinación del cuidado del paciente en esta área, será responsabilidad tanto del anestesiólogo como del médico cirujano. Norma Oficial Mexicana que es de observancia y aplicación obligatoria pues mediante Decreto por el cual se crea el "Instituto de Servicios de Salud Pública" (ISESALUD) del Estado de Baja California en su artículo 3, fracción V, establece que para el cumplimiento de sus objetivos tienen la función de "*Conocer y aplicar la normatividad general en materia de salud, tanto nacional como internacional* ...", aunado a ello en la Ley Federal sobre Metrología y Normalización en el artículo 3 fracción XI se señala que son "Normas oficiales mexicanas: las que expidan las dependencias competentes, de carácter obligatorio …".

72. Por lo que en el presente caso se advirtió que existe una responsabilidad institucional de salud pública por parte del personal médico adscrito al Hospital General de Tecate, entendiéndose esta como cualquier acción u omisión que cause una alteración en la salud de una persona, o en las que cause una deficiente atención en la prestación del servicio, situaciones que se materializaron en el presente caso, tal y como lo determinó el perito médico adscrito a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico al precisar que en la defunción de V1 influyeron diversos factores, incluso de índole institucional (administrativa) al observar dilación en la atención quirúrgica que ameritaba por motivo de sepsis abdominal, permitiendo su avance.

73. Al respecto es importante señalar que el estado de salud de V1 evolucionó hacia el deterioro, a tal grado que a las 11:20 horas del 29 de septiembre de 2011 perdió la vida, estableciéndose en la nota de defunción emitida por el Hospital General de Tijuana a nombre de V1[172] y en el certificado de necropsia[173], como causas de defunción y determinante de la muerte, choque séptico, sepsis abdominal, ulcera prepilórica perforada, encefalopatía hipóxico-isquémica y falla orgánica múltiple secundaria a sepsis abdominal, convalidándose con ello la relación causa-efecto, entre la mala práctica en la atención médica proporcionada a V1, su fallecimiento y

[172] Evidencias 17 y 17.5
[173] Evidencias 17 y 17.6

la responsabilidad institucional que en materia de derechos humanos le es atribuible al personal adscrito a la Secretaría de Salud del Estado de Baja California.

74. Ahora bien, sobre el particular cabe señalar que una de las finalidades del derecho a la protección de la salud reconocido en la Constitución Federal, consiste en que el Estado satisfaga eficaz y oportunamente las necesidades de los usuarios que acuden a los centros de salud públicos, protegiendo, atendiendo y restaurando la salud de las personas; quedando evidenciado en el presente caso que AR1 y AR2, personal adscrito al Hospital General de Tecate de Baja California, omitieron considerar el interés superior del paciente, proporcionándole la vigilancia y cuidados post operatorios que requería, situación que de acuerdo con las consideraciones expuestas no se realizó y tuvo como consecuencia que el estado de salud de V1 se deteriorara a tal grado que perdiera la vida.

75. En este contexto, AR1 y AR2 médicos adscritos al Hospital General de Tecate, vulneraron en agravio de V1, los derechos a la protección de la salud y como consecuencia de ello a la vida, contenidos en los artículos 4 párrafo cuarto[174] y 14 párrafo segundo[175] de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; artículo 7, apartado A, séptimo párrafo[176] de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Baja California; 1, 3, fracciones I, II y V; 16[177], 19, fracción I[178];

[174] Artículo 4o.- Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.

[175] Artículo 14.- … Nadie podrá ser privado de la libertad o de sus propiedades, posesiones o derechos, sino mediante juicio seguido ante los tribunales previamente establecidos, en el que se cumplan las formalidades esenciales del procedimiento y conforme a las Leyes expedidas con anterioridad al hecho.

[176] Apartado A. De la promoción, respeto, protección y garantía de los Derechos Humanos. Toda persona tiene el derecho a la práctica del deporte, a la cultura física, al desarrollo urbano sustentable, a la movilidad universal y a gozar de un medio ambiente adecuado para su desarrollo y bienestar, asimismo, a la salud, el derecho a la igualdad y a la no discriminación, a recibir educación pública, obligatoria y gratuita que imparta el Estado, en los niveles preescolar, primaria, secundaria y media superior para desarrollar armónicamente todas las facultades del ser humano y fomentar en él, a la vez, el amor a la Patria, el respeto a los Derechos Humanos y la conciencia de la solidaridad internacional, en la independencia y en la justicia. Las autoridades públicas del Estado, harán lo conducente a fin de que se asegure el disfrute de estos derechos.

[177] Artículo 16.- Para los efectos de esta Ley, se entiende por servicios de salud todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad.

[178] Artículo 19.- Para los efectos del derecho a la protección de la salud, se consideran servicios básicos de salud los referentes a: I.- La atención médica integral que comprende la atención médica integrada de carácter preventivo, acciones curativas, paliativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias.

20[179], 21, fracción I[180], , y 42[181], de la Ley de Salud Pública del Estado de Baja California; así como el contenido de la Norma Oficial Mexicana, NOM-170-SSA1-1998, para la práctica de la anestesiología".

76. Igualmente, el referido personal médico del Hospital General de Tecate, perteneciente a la Secretaría de Salud del Estado con sus omisiones, dejó de observar las disposiciones relacionadas con los derechos a la vida y a la protección de la salud, previstas en los instrumentos jurídicos internacionales, que constituyen norma vigente en nuestro país y que deben ser tomados en cuenta para la interpretación de las normas relativas a los derechos humanos, favoreciendo en todo tiempo, la protección más amplia a las personas, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 1, párrafos primero ,segundo y tercero[182], y 133[183], de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

77. En este sentido, los numerales I y XI, de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; 3 y 25.1, de la Declaración Universal de los Derechos Humanos; 12.1 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; 10.1 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, así como 6.1, del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, así como 4.1, de la Convención Americana Sobre Derechos Humanos, prevén el reconocimiento de las personas por parte del Estado, a recibir un servicio médico de calidad, así como la obligación de las autoridades de adoptar las medidas

---

[179] Artículo 20.- Para los efectos de esta Ley la atención médica es el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud.

[180] Artículo 21.- Las actividades de atención médica se clasifican en: Reforma I.- Preventivas, que incluyen las de promoción general y las de protección específica.

[181] Artículo 42.- Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea, y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.

[182] Artículo 1o.- En los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que esta Constitución establece.

Las normas relativas a los derechos humanos se interpretarán de conformidad con esta Constitución y con los tratados internacionales de la materia favoreciendo en todo tiempo a las personas la protección más amplia.

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.

[183] Artículo 133.- Esta Constitución, las leyes del Congreso de la Unión que emanen de ella y todos los tratados que estén de acuerdo con la misma, celebrados y que se celebren por el Presidente de la República, con aprobación del Senado, serán la Ley Suprema de toda la Unión. Los jueces de cada entidad federativa se arreglarán a dicha Constitución, leyes y tratados, a pesar de las disposiciones en contrario que pueda haber en las Constituciones o leyes de las entidades federativas.

necesarias para la plena efectividad de ese derecho, y que todo individuo tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, así como derecho a la vida.

78. En consecuencia, AR1 y AR2 en su calidad de médicos adscritos al Hospital General de Tecate, también dejaron de observar lo dispuesto por el artículo 46, fracciones I y II, de la entonces 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 legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia en la prestación de los servicios.

B. DEL EXPEDIENTE CLÍNICO.

79. La NOM-168-SSA1-1998, Del expediente clínico, destaca su importancia por estar dirigida a sistematizar, homogeneizar y actualizar el manejo del expediente clínico que contiene los registros de los elementos técnicos esenciales para el estudio racional y la solución de los problemas de salud del usuario, involucrando acciones preventivas, curativas y rehabilitadoras y que se constituye como una herramienta de obligatoriedad para los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud. Asimismo define al expediente como el conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos o de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud, deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con arreglo a las disposiciones sanitarias.

80. En el presente caso la médica legista designada para coadyuvar con esta defensoría del pueblo en la opinión médica emitida en el presente caso señaló que se advierten omisiones a la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del Expediente Clínico, por parte del personal médico del Hospital General de Tecate, en virtud de que existen notas médicas con nombres incompletos, sin cargos, rangos, matrículas o especialidades y notas ilegibles[184].

81. Las referidas irregularidades son un impedimento para conocer el historial clínico detallado del paciente a fin de deslindar las responsabilidades que

[184] Evidencia 18

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.

82. Por ello la deficiente integración del expediente clínico, 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.

83. 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 que constituya una fuente razonable de conocimiento acerca de la situación del enfermo, las medidas adoptadas para controlarla y en su caso, las consecuentes responsabilidades.

84. Al respecto esta Comisión Estatal de los Derechos Humanos en sus Recomendaciones se ha pronunciado sobre la falta de cumplimiento de esta Normas Oficiales Mexicanas, entre las observaciones más recurrentes se encuentran las notas médicas incompletas, breves e ilegibles, la presencia de abreviaturas, el desorden o la falta de notas médicas dentro del expediente no obstante que esos documentos están orientados a dejar constancia de los antecedentes de los usuarios de los servicios médicos.

85. Es importante señalar que esta Comisión Estatal ha documentado estas omisiones de forma sistemática por parte del personal de salud de diversas instituciones públicas del Estado, pronunciándose al respecto en las Recomendaciones Nos. 2/2016, 5/2016, 14/2016, lo que resulta preocupante, pues se observa un continuo incumplimiento a la ahora NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico, la cual en su numeral 2 referente al campo de aplicación precisa que la norma es de observancia obligatoria para el personal del área de salud y los establecimientos prestadores de servicios de atención médica de los sectores públicos, sociales y privado, incluidos los consultorios.

86. Sobre el particular, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos en su Recomendación General No. 29/2017 analizó el expediente clínico a partir de los

siguientes aspectos: 1) El derecho a la protección de la salud de manera general; 2) La integración del expediente clínico como parte del derecho a la información en materia de salud; 3) Omisiones sistemáticas identificadas con relación a la integración del expediente clínico; y 4) El expediente clínico o la falta de este o su indebida integración como un problema estructural de los servicios de salud.

87. Asimismo, la Ley General de Salud, contempla al expediente clínico en una doble dimensión a saber: a) como una obligación mínima vinculada con el principio de calidad en el servicio, al prever en su artículo 77 BIS 9, que la acreditación de la calidad de los servicios prestados deberá considerar al menos los aspectos siguientes: *"… V. Integración de expedientes clínicos …",* y b) como un derecho contenido en el artículo 77 BIS 37 en el cual se señala que los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud tendrán además de los derechos establecidos en el artículo anterior, los siguientes: *"… VII. Contar con su expediente clínico…".*

88. Igualmente la médica legista que coadyuvó con esta Comisión Estatal señaló que AR1 indicó en una anotación informal sin precisar hora lo siguiente: "*Nota: Paciente presenta rash cutáneo de predominio en tórax, con eritema y dermografismo, el cual cede con la administración de esteroide"*[185]; sin que se pueda especificar en el caso de algunos de los medicamentos aplicados la dosis y la hora exacta de la misma, lo cual incumple con la entonces vigente Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del Expediente Clínico.

89. No pasa desapercibido para esta Comisión Estatal, que la cirugía programada se efectuó por la especialista en Ginecoobstetricia AR2 misma que reportó en su Nota Postquirúrgica que no se habían presentado accidentes y como incidente depresión profunda por reacción a la anestesia y a cargo de Anestesiología, sin hacer mayor mención del grave estado de salud de V1, lo cual incumple con la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del Expediente Clínico.

90. Por lo anterior se acreditó que AR1 y AR2 dejaron de observar el contenido de la NOM-168-SSA1-1998, Del Expediente Clínico, así como los numerales 77 BIS 9, fracción V y 77 BIS 37, fracción VII de la Ley General de Salud.

[185] Evidencia 13.27

C. VIOLACIÓN AL DERECHO A LA SEGURIDAD JURÍDICA Y ACCESO A LA JUSTICIA.

91. El derecho a la seguridad jurídica está considerado como la prerrogativa que tiene todo ser humano a vivir dentro de un Estado de Derecho, bajo la vigencia de un sistema jurídico normativo coherente y permanente, dotado de certeza y estabilidad; que defina los límites del poder público frente a los titulares de los derechos subjetivos, garantizado por el poder del Estado, en sus diferentes esferas de ejercicio.[186]

92. El acceso a la justicia es el derecho que tiene toda persona a acceder a tribunales e instancias públicas para demandar el ejercicio de sus derechos y la satisfacción de sus pretensiones e intereses.[187]

93. Una vez analizados los conceptos, cabe señalar que en el presente caso se vulneraron ambos derechos por parte de AR3, pues del cúmulo de evidencias que este Organismo Estatal se allegó y de las observaciones señaladas en el apartado de situación jurídica se advierte que:

94. El Agente del Ministerio Público adscrito al Juzgado de Primera Instancia Penal de Tecate, solicitó remitieran a la fiscalía las copias certificadas de la Causa Penal No.1, con la finalidad de que continuara con la integración de la indagatoria y ejercitar nuevamente acción penal en contra de AR1. Al recuperar AR3 su facultad para continuar con la investigación y poder hacer la reformulación del ejercicio de la acción penal, la realizó hasta el 26 de enero de 2017, esto es después de seis meses.

95. Al haber transcurrido el plazo señalado en el párrafo que antecede, el Juez de Primera Instancia Penal de Tecate determinó que el mismo había excedido para que AR3 consignara, por lo que en ese sentido el 30 de enero de 2017 resolvió decretar de oficio el sobreseimiento de la Causa Penal No.1 y el 9 de febrero de la misma anualidad acuerda que ha causado estado surtiendo efectos de sentencia absolutoria para AR1 con valor de cosa juzgada.

---

[186] Soberanes Fernández, José Luis. Manual para la Calificación de Hechos Violatorios de los Derechos Humanos, Editorial Porrúa, página 1, segunda Edición, México 2009.

[187] Catálogo para la Calificación de Violaciones a Derechos Humanos, Comisión de Derechos Humanos del Estado de México, página 83, año 2015.

96. Por lo expuesto, para esta Comisión de Derechos Humanos AR3 vulneró el derecho a la seguridad jurídica al abstenerse injustificadamente de ejercitar nuevamente en tiempo la acción penal, así como el derecho de acceso a la justicia de las víctimas u ofendidos pues en el presente caso el Ministerio Público como autoridad del Estado es quien tiene el monopolio de la acción penal[188] –en el sistema penal tradicional- en su actividad de investigación de los hechos puestos de su conocimiento, lo cual realizó fuera de término; ya que tiene la competencia como órgano investigador de complementar su investigación para así obtener la resolución pretendida con la celeridad que se requería, negándole así el derecho a una justicia pronta, completa e imparcial, por lo que se advierte que la autoridad responsable dejó de observar el contenido del segundo párrafo del artículo 17 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos el cual dispone que *"toda persona tiene derecho a que se le administre justicia por tribunales que estarán expeditos para impartirla en los plazos y términos que fijen las leyes, emitiendo sus resoluciones de manera pronta, completa e imparcial…",* negándole así a la víctima el acceso a la jurisdicción de los tribunales para hacer valer los derechos que le corresponden, lo que evidentemente le causó un perjuicio.

97. El Instituto de Investigaciones Jurídicas de Universidad Autónoma de México (UNAM) en su publicación denominada *"Un derecho humano esencial: el acceso a la justicia"* establece que *"no sólo se debe postular un acceso a la jurisdicción, sino que ese acceso debe ser efectivo. De nada valdría proclamar que las personas tienen acceso a la justicia, que ése es su derecho, si luego, en la realidad de los hechos, esa posibilidad resulta menguada o, claramente, se carece de ella. Las personas deben tener una verdadera y real posibilidad de acceder a la jurisdicción".*

98. La Comisión Interamericana de Derechos Humanos ha señalado que *"El derecho a un proceso judicial independiente e imparcial implica no sólo el derecho a tener ciertas garantías observadas en un procedimiento ya instituido, también incluye el derecho a tener acceso a los tribunales, que puede ser decisivo para determinar los derechos del individuo…".*[189]

99. Igualmente la UNAM en la publicación citada señaló que *"el derecho de acción, que abre la posibilidad del ejercicio de la función jurisdiccional, es un derecho*

---

[188] Constitución Política de los Estado Unidos Mexicanos, Artículo 21.- La investigación de los delitos corresponde al Ministerio Público y a las policías, las cuales actuarán bajo la conducción y mando de aquél en el ejercicio de esta función. El ejercicio de la acción penal ante los tribunales corresponde al Ministerio Público. La ley determinará los casos en que los particulares podrán ejercer la acción penal ante la autoridad judicial.

[189] Repertorio de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, *1971 a 1995,* Sistematizado y comentado por Oscar L. Fappiano y Carolina Loayza T., Ábaco, Buenos Aires, páginas 278 y 280.

subjetivo público -en el caso de un sujeto público, es un poder-deber- que `constituye uno de los derechos humanos´, desde el momento que, por medio de ella, toda persona puede lograr que el Estado dé satisfacción a la pretensión, de cualquier naturaleza, que haga valer. Por ello es un derecho que se califica de ius congens".

100. Por lo anterior, esta Comisión estatal observa que AR3 dejó de dar cumplimiento a lo establecido en los numerales 14.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; 25 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos; 8 de la Declaración Universal de Derechos Humanos; XVIII de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, los cuales en términos generales señalan que toda persona tiene derecho a un recurso sencillo, rápido o cualquier otro recurso efectivo ante los jueces o tribunales competentes, que la ampare contra actos que violen sus derechos fundamentales reconocidos por la constitución, la ley o la Convención Americana sobre Derechos Humanos.

101. Igualmente dejó de observar lo dispuesto por el artículo 46 de la entonces vigente Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Baja California en el que se establecía que *"todo servidor público debe desempeñar su función, empleo, cargo o comisión observando siempre los principios de Legalidad, Honradez, Lealtad, Imparcialidad y Eficiencia, actuando dentro del orden jurídico, respetando en todo momento la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Baja California y las Leyes, Decretos y Acuerdos que de una y otra emanen."*

D. REPARACIONES.

102. Toda violación a los derechos humanos trae consigo el deber ineludible de repararla a cargo de las autoridades responsables. En este sentido, 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".

103. La Corte Interamericana ha señalado que la reparación es un término genérico que comprende las diferentes maneras de cómo un Estado puede hacer frente a la responsabilidad internacional en que ha incurrido. Por ello, la reparación comprende diversos *"modos específicos"* de reparar que *"varían según la lesión producida".* Asimismo, ha señalado que las reparaciones que se establezcan deben guardar relación con las violaciones declaradas. Finalmente, ha señalado que la reparación del daño ocasionado por la infracción de una obligación internacional requiere, siempre que sea posible, la plena restitución (*restitutio in integrum*), la cual consiste en el restablecimiento de la situación anterior a la violación. De no ser esto posible, cabe determinar una serie de medidas para que, además de garantizar el respeto de los derechos conculcados, se reparen las consecuencias que produjeron las infracciones.

104. 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 109 constitucional párrafo último 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".*

105. El artículo 7, apartado A, párrafo segundo de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Baja California establece 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 y los Municipios deberán prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezcan las leyes."*

106. La Ley General de Víctimas establece en sus artículos 7 fracción II y 26, que las víctimas tienen derecho a ser reparadas por el Estado de manera integral, adecuada, diferenciada, transformadora y efectiva por el daño o menoscabo que han sufrido en sus derechos como consecuencia de violaciones a derechos humanos y por los daños que esas violaciones les causaron y que además, se les repare de manera oportuna, plena, diferenciada, transformadora, integral y efectiva 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, Ley que se aplicará en el presente pronunciamiento de manera supletoria, ello en virtud de que a la fecha el Estado no cuenta con una ley respectiva.

107. No pasa desapercibido para este Organismo Estatal lo dispuesto por el artículo séptimo transitorio de la Ley General de Víctimas el cual dispone que *"en un plazo de 180 días naturales los Congresos Locales deberán armonizar todos los ordenamientos locales relacionados con la presente Ley"*, plazo que ha excedido de acuerdo a la fecha de publicación de la mencionada norma.

108. Asimismo, la norma antes referida en su artículo Décimo Cuarto Transitorio dispone que en tanto las entidades federativas se encuentren en la integración de sus Comisiones de Víctimas, las obligaciones previstas para estas Comisiones en la Ley serán asumidas por la Secretaría de Gobierno de cada entidad.

109. La Comisión Nacional de los Derechos Humanos en la Recomendación 49/2015, señaló que en el caso de que alguna entidad federativa carezca de normatividad específica al respecto, como en el presente caso, o que la misma no se ajuste al marco de la Ley General, los preceptos de ésta deben ser aplicados de manera preferente y directa por las autoridades locales (supletoriedad).

110. Igualmente, destacó que *"en virtud de posteriores reformas a la Constitución Federal llevadas a cabo el 10 de junio de 2011, se generó un régimen jurídico especializado para la reparación de víctimas de violaciones a los derechos humanos, que deja optativo para las víctimas, el régimen jurisdiccional para exigir la reparación del daño"*.

111. Además resaltó que *"dicho régimen especializado en el ámbito de derechos humanos no es optativo para las autoridades, pues se integra por normas*

constitucionales, leyes generales y locales, así como criterios jurisprudenciales nacionales e internacionales a favor de las víctimas, cuya atención es vinculante e ineludible para todas las autoridades ante violaciones a los derechos humanos".

112. Asimismo señala que la Ley General de Víctimas *"por su naturaleza jurídica tiene un ámbito de validez nacional, esto es, debe ser cumplida por autoridades de toda índole, incluidas las autoridades municipales y sus alcances no pueden en modo alguno ser alterados o disminuidos por normatividad secundaria alguna en detrimento de las víctimas"*.

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

114. La Ley General de Víctimas en su artículo 4 señala que "*Se denominarán víctimas directas aquellas personas físicas que hayan sufrido algún daño o menoscabo económico, físico, mental, emocional, o en general cualquiera puesta en peligro o lesión a sus bienes jurídicos o derechos como consecuencia de la comisión de un delito o violaciones a sus derechos humanos reconocidos en la Constitución y en los Tratados Internacionales de los que el Estado Mexicano sea Parte. Son víctimas indirectas los familiares o aquellas personas físicas a cargo de la víctima directa que tengan una relación inmediata con ella. La calidad de víctimas se adquiere con la acreditación del daño o menoscabo de los derechos en los términos establecidos en la presente Ley, con independencia de que se identifique, aprehenda, o condene al responsable del daño o de que la víctima participe en algún procedimiento judicial o administrativo".*

115. En virtud del fundamento antes señalado, en el presente pronunciamiento se le da la calidad de víctima directa a V1 y de víctimas indirectas a V2 (Q1 y esposo de V1) así como a V3, V4, V5, V6, V7 y V8, (hijos con vida de V1 y V2 quienes a la fecha tienen 7, 10, 15, 17, 20 y 23 años de edad, respectivamente; cabe señalar que dos de los hijos de la víctima perdieron la vida en hechos ajenos al presente pronunciamiento).

116. Con fundamento en lo dispuesto por el artículo 4 y 110 fraccione IV de la Ley General de Víctimas, esta Comisión Estatal de los Derechos Humanos considera procedente la reparación de los daños ocasionadas a V2, V3, V4, V5, V6, V7 y V8, familiares de V1, en los siguientes términos:

a.1. Medidas de rehabilitación.

117. La Secretaría de Salud deberá gestionar lo necesario a fin de que en el presente caso se consideren como medida de rehabilitación los daños psicológicos sufridos a V2, V3, V4, V5, V6, V7 y V8, para contrarrestar los efectos del acto perpetrado en su contra, la cual deberá ser proporcionada por un profesional especializado de forma gratuita, incluyendo la transportación que se requiera, por el tiempo necesario hasta su total sanación psíquica y tanatológica.

a.2. Medidas de compensación.

118. Por lo que hace a las medidas de compensación o indemnización, atendiendo los principios de complementariedad y debida diligencia contempladas por el artículo 5º párrafos sexto y octavo de la Ley General de Víctimas, resulta fundamental tomar en consideración que su propósito es contribuir de manera complementaria con las demás medidas a fin de que el Estado realice todas las actuaciones necesarias dentro de un tiempo razonable, en especial el derecho a la verdad y la reparación integral.

119. De igual modo es conveniente precisar que la compensación o indemnización por violación de derechos humanos, como es el caso que nos ocupa, no tiene por objeto el enriquecimiento de quien lo recibe, incluso si con anterioridad a la indemnización no contaba con las cantidades líquidas que pudieran erogarse por concepto de compensación, sino que debe dirigirse a producir un efecto compensador por el daño sufrido por la consumación del hecho victimizante.

120. Asimismo, conviene detallar que la compensación a la que se refiere esta Recomendación está contemplada en los artículos 64 a 72 de la Ley General de Víctimas la cual prevé que la efectividad de la medida reposa en su carácter compuesto, mediante el cual se reúne un conjunto de indemnizaciones específicas destinadas a contribuir la compensación del daño a una de las dimensiones impactadas de la víctima por virtud del hecho victimizante.

121. Por lo que las compensaciones que se fijen a favor de la víctima con base en la presente Recomendación deberán tomar en cuenta la gravedad de la afectación, anteponiendo en todo momento sus necesidades, también deberá tomarse en cuenta que las autoridades responsables no garantizaron el derecho a la protección de la salud produciéndose en consecuencia la mala práctica en la atención médica

a V1 por el incumplimiento de sus obligaciones en el que incurrieron personal médico adscrito a la Secretaría de Salud del Estado en el ejercicio de sus funciones, al no proteger ni garantizar los derechos humanos de la víctima.

122. Esta Comisión Estatal es consciente de que la entidad federativa no ha adoptado aun, faltando al mandato legislativo del Congreso de la Unión, una legislación especial que establezca y permita implementar las instituciones previstas por la Ley General de Víctimas para garantizar la realización de los derechos de las víctimas, una de las cuales es el Fondo de Ayuda Inmediata, Asistencia y Reparación Integral, que debería ser la instancia adecuada para cumplir con las obligaciones de reparar en su modalidad de compensación o indemnización, así como cualquier otra modalidad de reparación integral que implique la erogación de recursos financieros.

123. Por ello se considera necesario que la Secretaría de Salud otorgue una compensación que conforme a derecho corresponda, derivado de la afectación a la vida de V1, así como la psicológica y/o emocional que se causó a sus familiares en los términos descritos en esta Recomendación, al igual que los gastos y costas que erogaron en la búsqueda de la justicia.

a.3. Medidas de satisfacción.

124. Con respecto a las medidas de satisfacción, la Ley General de Víctimas contempla un grupo de medidas encaminadas a dar efectividad directa a los derechos a la verdad y la justicia, de tal modo que se satisfaga – como su nombre lo indica – las principales exigencias y demandas que las víctimas tienen para con los responsables de los hechos y su relación con la sociedad en conjunto. Por ello constituyen medidas de satisfacción recomendables para el caso de especie todas las relacionadas con la continuación y profundización de los procesos que se inicien para acreditar la responsabilidad y validar la verdad sobre los hechos.

125. En el presente caso la satisfacción debe incluir cuando sea pertinente y procedente la aplicación de sanciones administrativas a los responsables de la violación de acuerdo al grado de su responsabilidad, por lo que es necesario que el Estado realice un acto de reconocimiento de responsabilidad de las violaciones acreditadas en esta Recomendación y que garantice la no repetición de los hechos.

126. Igualmente dentro de estas medidas es importante que la autoridad haga pública la presente Recomendación como medida de satisfacción, además de proporcionar a las hijas e hijos de V1, que aún se encuentren estudiando, becas para culminarlos.

a.4. Medidas de no repetición.

127. Con respecto a las medidas de no repetición procedentes para el caso, es necesario que la Secretaría de Salud del Estado implemente un curso integral sobre capacitación y formación en materia de derechos humanos sobre la debida observancia de las Normas Oficiales Mexicanas señaladas en la presente Recomendación, los cuales deberán ser efectivos para prevenir hechos similares a los que dieron origen a la presente Recomendación y deberán impartirse por personal calificado y con suficiente experiencia en derechos humanos de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, atención durante la práctica de la anestesia y su recuperación, derecho a la protección a la salud y conocimientos generales en materia de derechos humanos.

128. Asimismo, el contenido de los cursos deberán estar disponibles de forma electrónica y en línea, a fin de que puedan ser consultados con facilidad por el personal de los referidos nosocomios.

129. Igualmente por parte de la Procuraduría General de Justicia del Estado, es necesario realice un curso de capacitación en materia de derechos humanos al personal a su cargo sobre acceso y debida procuración de justicia, así como a la seguridad jurídica.

130. En consecuencia, esta Comisión Estatal de los Derechos Humanos se permite formular respetuosamente las siguientes:

V. RECOMENDACIONES.

A la Secretaría de Salud del Estado de Baja California:

PRIMERA. Tome las medidas necesarias para reparar de manera integral el daño ocasionado a las víctimas, con motivo de la responsabilidad en que incurrió el personal adscrito al Hospital General de Tecate, derivada de la violación a los derechos humanos precisados en la presente Recomendación, incluyendo la

compensación que corresponda, así como, el otorgamiento de becas, la atención psicológica y tanatológica que requieran, respectivamente, V2, V3, V4, V5, V6, V7 y V8 (esposo e hijos de V1), hasta su total restablecimiento; y se envíen a esta Comisión Estatal las constancias con que se acredite su cumplimiento.

SEGUNDA. Diseñe e imparta capacitación y formación a todos los servidores públicos adscritos al Hospital General de Tecate, sobre el conocimiento, manejo y observancia de las normas oficiales mexicanas actualizadas en especial de la ahora NOM-006-SSA3-2011, *"Para la Práctica de la Anestesiología",* así como a la NOM-004-SSA3-2012 *"Del Expediente Clínico"*; y se remitan a esta Comisión Estatal las constancias que acrediten su cumplimiento.

TERCERA. Diseñe e imparta un curso integral en materia de derechos humanos, que incluya el derecho a la protección de la salud y a la vida; enviando a esta Comisión Estatal las constancias con las que se acredite su cumplimiento.

CUARTA. Instruya a los servidores públicos encargados de la protección a la salud adscritos a esa Secretaría, para que adopten las medidas efectivas de prevención que permitan garantizar que los expedientes clínicos que se generen con motivo de la atención médica que brindan se encuentren debidamente integrados, conforme a lo dispuesto en la legislación nacional e internacional, así como en las Normas Oficiales Mexicanas correspondientes y se envíen a esta Comisión Estatal las pruebas de su cumplimiento.

QUINTA. Colabore en el seguimiento de la Causa Penal No. 1 y en todos los procesos jurisdiccionales, y se envíen a esta Comisión Estatal las pruebas de su cumplimiento, así como agregue a sus expedientes laborales de AR1 y AR2 los antecedentes de los mismos, la presente Recomendación y en caso de existir procedimiento administrativo se resuelva, y envíe a esta Comisión Estatal las pruebas de cumplimiento.

SEXTA. Requiera al personal médico adscrito a esa Secretaría para que hagan entrega de la copia de la certificación y recertificación que tramitaron ante los Consejos de Especialidades Médicas, ello a fin de tener sus expedientes actualizados y acreditar su experiencia, pericia y conocimientos para brindar servicio médico adecuado, y envíe a este Organismo Público las pruebas de su cumplimiento.

SÉPTIMA. Hagan pública la presente Recomendación a todo su personal y se divulgue a través de su portal de internet, enviando a esta Comisión Estatal las pruebas de cumplimiento.

A la Procuraduría General de Justicia del Estado de Baja California:

OCTAVA. Realice la investigación correspondiente a través de la cual determine el nombre del servidor público responsable de ejercitar la acción penal fuera de tiempo, y en su caso de inicio al procedimiento sancionador que corresponda, enviando a esta Comisión Estatal las pruebas de su cumplimiento.

NOVENA. Diseñe e imparta un curso integral dirigido a personal de esa Procuraduría, en materia de derechos humanos, específicamente sobre la seguridad jurídica y legalidad, enviando a esta Comisión Estatal las evidencias que acrediten su cumplimiento.

A la Secretaría de Salud del Estado de Baja California y a la Procuraduría General de Justicia del Estado de Baja California:

DÉCIMA. Designen al servidor público que fungirá como enlace con esta Comisión Estatal, para dar seguimiento al cumplimiento de la presente Recomendación, y en caso de ser sustituido, notifique a este Organismo Autónomo de manera oportuna el cambio.

131. La presente Recomendación tiene el carácter de pública, de conformidad a lo dispuesto por el apartado B del artículo 102 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, se emite con el propósito fundamental tanto de hacer una declaración respecto de una conducta irregular cometida por servidores públicos en el ejercicio de las facultades que expresamente le confiere la Ley, como de obtener, en términos de lo que establece el artículo 1, párrafo tercero, constitucional la investigación que proceda por parte de la dependencia administrativa o cualquiera otras autoridades competentes, para que, en el marco de sus atribuciones, aplique la sanción conducente y se subsane la irregularidad de que se trate.

132. De conformidad con el artículo 47 de la Ley de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Baja California y 129 de su Reglamento Interno, le solicito a ustedes que la respuesta sobre la aceptación de esta Recomendación, en su

caso, sea informada dentro del término de diez días hábiles siguientes a su notificación, así mismo, las pruebas correspondientes al cumplimiento de la presente Recomendación se envíen a esta Comisión Estatal, en el término de cinco días hábiles contados a partir de su aceptación de la misma.

133. Cuando las Recomendaciones no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o servidores públicos, la Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Baja California quedará en libertad de hacer pública, precisamente esa circunstancia y, con fundamento en los artículos 102, Apartado B, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como el artículo 48 de la Ley de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Baja California y 129 del Reglamento Interno, 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