

RECOMENDACIÓN No. 61/2017

Síntesis: Madre de una joven embarazada se quejó de que por omisiones y negligencia médica, su hija falleció en el Hospital Universitario de Chihuahua días después del parto.

En base a las indagatorias, este Organismo concluyó existen evidencias suficientes para acreditar la violación al derecho a la salud, en la modalidad de omisiones en proporcionar atención médica por especialista y omisión en suministrar medicamentos.

Por tal motivo recomendó: **PRIMERA.-** A usted **DR. ERNESTO ÁVILA VALDÉZ, Secretario de Salud**, gire sus instrucciones para que se radique, integre y resuelva, procedimiento dilucidatorio de responsabilidades en contra de los servidores públicos que intervinieron en los hechos analizados en la presente resolución, en el cual se consideren los argumentos esgrimidos, a efecto de que se determine el grado de responsabilidad en que hayan incurrido y en su caso se impongan las sanciones que correspondan, debiendo enviar a este organismo, constancias de su cumplimiento.

SEGUNDA.- A Usted mismo, se resuelva además, dentro del procedimiento que al efecto se instaure, lo procedente en cuanto a la reparación del daño que le pueda corresponder a la familia de "B".

TERCERA.- A Usted mismo, gire sus instrucciones para que se active oportunamente el Código Mater y se revise el protocolo de manejo a toda paciente con preeclampsia, independientemente de la severidad que presenten.

CUARTA.- A usted mismo, para que se radique, integre y resuelva, procedimiento dilucidatorio, en contra de los servidores públicos que obstaculizaron a este organismo la investigación de violaciones a derechos humanos, al retardar injustificadamente el informe de respuesta y omitir acompañar los documentos que apoye el informe.

Oficio No. JLAG 395/2017

Expediente No. YA 151/2016

RECOMENDACIÓN No. 61/2017

Visitadora Ponente: Yuliana Sarahi Acosta Ortega

Chihuahua, Chihuahua, a 15 de diciembre de 2017

DR. ERNESTO ÁVILA VALDÉS
SECRETARIO DE SALUD
P R E S E N T E.-

Visto para resolver el expediente radicado bajo el número YA-151/2016, del índice de la oficina de la ciudad de Chihuahua, iniciado con motivo de la queja presentada por "A"¹, contra actos que considera violatorios de los derechos humanos de "B". Atendiendo a lo dispuesto por los artículos 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 3, 6 y 42 de la Ley de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos, se procede a resolver, sobre la base de los siguientes:

I.- HECHOS:

1.- El día 10 de mayo del año 2016, se radica escrito de queja signados por "A" por presuntas violaciones a los derechos humanos, el cual se transcribe a continuación:

"Me dirijo a Usted con mi más alerta inestabilidad, angustia, impotencia y tristeza, confiando en que Usted pueda hacer algo para evitar otro deceso como el de mi hija, "B" de 20 años 6 meses de edad y he aquí le expongo los hechos ocurridos en el Hospital Central Universitario.

¹ Por razones de confidencialidad y protección de datos personales, este Organismo defensor de derechos humanos considera conveniente guardar la reserva del nombre de la impetrante, así como otros datos que puedan llevar a su identificación, los cuales se hacen del conocimiento de la autoridad mediante documento anexo,

La primera vez que acudió con su esposo "C" y conmigo a un ginecólogo particular para comprobar su embarazo y su estado de salud, el Doctor "D" tomó unas sonografías, la revisó y le expresó que todo estaba bien.

Yo imparto clases en la Universidad Autónoma de Chihuahua y tengo el servicio de ICHISAL, pero al estar mi hija casada, ella y su esposo adquirieron el Seguro Popular.

Por el servicio popular fueron enviados a la clínica de la colonia Revolución, donde asistían a pláticas los dos, a análisis y revisión médica y en las consultas también les explicaron que su embarazo iba bien, que el bebé crecía y se desarrollaba adecuadamente.

Les dieron una hoja donde se les informó que a partir de un horario su parto sería en la clínica de la Revolución, pero si se presentaba a partir de las 8:00 p.m. sería en el Hospital Central. Por esta razón acudieron a revisión también en el Hospital Central. Los estudios eran los mismos en las dos clínicas. "B" tenía cita con el ginecólogo del Central el día 22 de Marzo y su parto según los Doctores estaba programado para el 18 de Abril.

Fue el día 17 de Marzo del año en curso cuando después de cenar, mi hija dijo que se sentía mal y que su hijo iba a nacer. Pero por el horario nos dirigimos directamente al Hospital Central. "C" (esposo de "B") presentó los papeles para ingresar y la pasaron inmediatamente al interior. El Doctor me explicó que era necesario realizar una cesárea rápidamente porque mi hija tenía preeclampsia. Mi hija salió caminando después por las últimas sonografías al área de Urgencias donde estábamos todos para después mostrárselas al Doctor. No sé el nombre de él, pero le anexo una fotografía del día viernes 18 después de la cesárea. Ya que mi hija a área de ginecología 1 [sic], el doctor pasó por el área, no para revisar a "B", pero pasó y yo le pedí una foto con ella y él amablemente accedió.

"B" estaba en el grupo de la iglesia, en el coro, visitaba orfanatos, personas pobres, llevaba despensas o cobijas, estudiaba el bachilleres en el SEA, Sistema de Educación Abierta, pero llevaba los libros a nuestra casa y ahí estudiaba. Yo aclaraba sus dudas y sólo iba a revisión acompañada de su esposo al Bachilleres.

Cuando mi hija ingresó el jueves 17 de marzo a las 8 de la noche, no supimos nada de ella ni de su hijo ya que en ninguna sonografía supimos el sexo. Yo me desesperé y a las 7:00 a.m. pregunté a una enfermera de Urgencias y llamó ella por teléfono. Me dijo que la cesárea había salido bien, que fue a las 2:59 de la madrugada del viernes, que había sido niña y que "B" estaba en Ginecología I.

El Viernes 18, fuimos a la hora de visita y vimos a "B" hinchada, no podía abrir los ojos, ni moverse, me comentó que se sentía inútil. Me platicó que estuvo consciente de la cesárea y que subieron la bata por lo que no pudo ver nada, que la bebé cupo en la mano del Doctor, muy chiquita y que le dio un beso. Una enfermera me dijo que "B" se tenía que mover, despertar, abrir los ojos y mi hija me decía que estaba consiente, pero que no podía moverse. Otra enfermera me dijo que el Doctor dejó indicaciones de que tenía que tener la sonda de orina por dos días y yo no pude bañarla porque le dolía. La enfermera me dijo también que "B" había tenido la presión muy alta y que estaban cuantificando la orina. Me pidieron que me quedara con ella por la falta de movilidad para ayudarla, nos explicaron que su esposo no se podía quedar porque era hombre e incomodaba a las demás pacientes. En el transcurso del viernes no vi ningún doctor que la atendiera particularmente o que diera indicaciones a las enfermeras.

Me fui a dormir a mi casa después de darle la cena, el sábado temprano "B" traía sangre en la sonda para orinar y se quejaba del dolor. Les insistí a las enfermeras para extraer la sonda y después de mucho insistir porque no es correcto el sangrado. Alguna de ellas fue, preguntó y no se la quitaron. Ningún doctor fue, hasta muy después su vulva estaba hinchada, su vientre era más voluminoso que durante el embarazo. Luego pasó un doctor y le pregunté, pero él tampoco iba con "B" sino que pasó y me explicó que era por la pre eclampsia el hinchamiento, que ella sí podía tener hijos después, pero esperar tres años.

Salí buscando doctores y los que encontré me dijeron que estaban en otra área y no podían atender a mi hija.

Les comenté a las enfermeras que ya habían pasado los dos días que había indicado el doctor y que el sangrado continuaba y les pregunté que por qué no iban doctores, una enfermera salió, volvió y le retiraron la sonda y, entonces pude bañar a mi hija, su vulva estaba muy deforme y yo vi que la hinchazón avanzaba Le di un caldo de pollo que prepararon para cenar y mi hija cenó. La recosté, me fui del hospital preocupada porque no la atendieron ninguno de los doctores.

El domingo, "B" me dijo que se sentía muy mal, que cuidara a su hijita, que ya no pensaba lograr salir adelante, que me amaba. Les dije a las enfermeras que mi hija requería un Doctor, a mi hija le había bajado mucho la presión; una me dijo: "uuuu, fin de semana y Semana Santa, déjeme ver si consigo a alguien de otra parte"; fue y consiguió a la Médico "E" del área de enseguida de Ginecología I. Ella fue a la cama de mi hija y me explicó que necesitaba urgente una proteína Albúmina al 20% para bajar la hinchazón, que el edema avanzaba de abajo hacia arriba. Era

necesario el suministro de la proteína y regular el sistema, pero yo no tenía receta, entonces me acordé que yo tenía ICHISAL y fui a costos, creo se llama el departamento, fui corriendo, bajé las escaleras, hablé con la persona encargada y le expliqué que yo veía muy mal a mi hija, que estaba muy hinchada, que no había doctores y que la Médico "E" me indicó el medicamento, pero que no tenía receta.

Ella realizó varias llamadas por teléfono, como coincidió que era hora de visita, el esposo de mi hija se quedó con ella, mientras yo trataba de arreglar el medicamento. La señorita de costos, después de una hora me dijo que el administrador había autorizado el medicamento cada ocho horas, que fuera por la receta a Ginecología I y que le pusieran urgente. Cabe señalar que el medicamento estaba en almacén. Corrí de nuevo al segundo piso por la receta y bajé de nuevo corriendo con ella.

Con la primer botellita de la Albúmina mi hija logró orinar. El medicamento ya estaba autorizado para suministro de cada hora. Jueves, Viernes, Sábado y Domingo sin una atención correcta, sin información, buscando doctores por los pasillos, viendo a mi hija muriendo, hinchándose, deformándose y yo sin poder hacer más. En eso llegó un Doctor joven que no se presentó y dijo: "suspendan el tratamiento porque no conozco el caso. La pasan a terapia intensiva".

Llegaron bien tarde unas enfermeras para extraer sangre para un estudio y no pudieron. Luego, llegó un grupo de enfermeras y dijeron que le iban a poner un catéter. "B" les dijo que no era necesario porque había logrado orinar y que con el medicamento de la proteína iba a desinflamarse. No sé si le pusieron anestesia o no para ponerle el catéter. A "C" y a mí nos sacaron del área y hasta el pasillo de afuera se escuchaba gritar a mi hija que ya no aguantaba el dolor, se le escuchaba pidiéndoles que la dejaran, que era muy doloroso, hasta afuera lográbamos oír sus gritos y su llanto.

Cuando "C" y yo impotentes, llorando estábamos afuera. Le dije a él: Ve por cobijas porque nos vamos a quedar afuera esta noche.

Después, me dejaron entrar, había sangre, para qué comentar si se me hace un nudo recordar, "B" sedada, ida, perdida. Yo cansada, pero tenía la esperanza de que ya mi hija sería atendida

Una enfermera, de las más jóvenes, rubia, de pelo largo, decía que mi hija estaba chiple, se expresó muy desagradablemente con sus compañeras de nuestro caso. Yo le llamé y le dije que no tenía vocación, ni la altura de una enfermera, que necesitaba objetividad y al menos considerar el dolor de un paciente y respetarlo. Mi hija tenía la cesárea, el hinchamiento, dolor en su cuerpo, la presión le había

bajado mucho el día anterior, el catéter, sin control y todavía la enfermera se burlaba y aún me dijo: "pues, según su criterio, Señora".

Pasaron a mi hija a rayos X a la planta baja a ver si el catéter estaba bien colocado. Ahí tuvo una falla respiratoria. Los enfermeros, enfermeras y mucha gente salió, una enfermera, otra, iba corriendo, riéndose, con el tanque de oxígeno y luego un paro cardíaco... murió.

El Doctor que le atendió la cesárea se acercó a nosotros, "C" quién ya había llegado con las cobijas, mi consuegra y yo estábamos llorando abrazados, derrotados, frustrados, vacíos, no es posible describirlo.

Él nos dijo que la pre eclampsia es una enfermedad muy dura, difícil, pero hemos conocido tanta gente con pre eclampsia, eclampsia y proteinuria, en diversos casos, en diversas comunidades y están vivos, disfrutando de sus hijos, dando amor. Mi nieta ahora es huérfana de madre, mi yerno viudo, para mí no hay una sola palabra que describa mi dolor. Supimos de un caso en Guachochi de una chica de 20 años, con los mismos síntomas que mi hija, con pre eclampsia severa y ella tenía también el seguro popular y le administraron la proteína y vivió. La conocimos en el hospital infantil porque su bebé era vecinito de mi nietecita, "F".

Mi nieta duró 40 días en el Hospital Infantil. Nos la entregaron el 30 de Abril. Estuvo grave, que había convulsionado al nacer. Le hicieron resonancia magnética, muchos análisis, pero está viva. Siempre con ella estuvimos informados diariamente tanto mi yerno como yo. Mi nieta tuvo tres pediatras repartidas en tres turnos y dos enfermeras por turno en cuidados intensivos. Después de 37 días, la pasaron a terapia intermedia. Ya está con nosotros. Que diferencia.

Después de que nos entregaron la bebita. Ya que salimos de un hospital para entrar a otro. Fui, personalmente, para hablar con el Dr. "G". Solicité hablar con el Director del Hospital Central y me informaron que podía hablar con él o con el Dr. "H". Me atendió el Dr. "G" y le notifiqué todo lo que pasó con "B". Me dijo que iba a investigar el caso. Tenía en sus manos un expediente delgado de "B" y sí me dijo: ¿Así le dijo el Dr... Que suspendieran el tratamiento? y ¿Así contestó la enfermera? Al fin quedé de ir el lunes 2 de mayo y fui, pero esta vez me atendió el Dr. "H". Él tenía un expediente muy grueso de mi hija, distinto al que me habían mostrado anteriormente y según él ya habían amonestado a los doctores y a la enfermera que se burló de mi hija, pero bajó la mirada. Le pregunté el nombre de la enfermera pero dijo que lo desconocía, luego abrió el expediente y ahora resulta que atendieron a "B" varios especialistas y hasta un angiólogo.

Le dije que yo estuve todo el día, todos los días de horror, que mi hija estuvo allí y no fue así. Además, entonces, ¿para qué amonestó a los Doctores y cómo si ya había castigado a la enfermera, no sabía su nombre? y ¿por qué si tuvo tantos especialistas, yo tuve que buscar quién atendiera a mi hija por los pasillos?; ¿por qué tuvo que ir la Médico “E” del área de enseguida si “B” gozaba de tanta atención médica?

Le expresé que aparte de la falta de interés de los Doctores, su poca ética profesional, su incumplimiento de horarios, aparte mentirosos. Le pregunté dónde podía conocer al menos el nombre de la enfermera y me envió con la jefa de enfermeras “I”, pues fui y ella me citó el viernes pasado para darme el nombre. Regresé con ella y me dijo que su jefe le había prohibido darme información y ella tenía que obedecerlo. Le dije con esa actitud promueven el incumplimiento del deber y que comprendiera que perdió la vida mi hija y ella estaba solapando, me dijo - pues sí, pero compréndame a mí, es mi jefe,- me respondió.- No la comprendo, le dije y me retiré.

También, después de morir mi hija fui y busqué a la Médico “E” y le manifesté mi gratitud ya que fue la única que respondió a nuestro auxilio, dejando su área para decirme el medicamento que necesitaba “B”. Le dije que a pesar de ser Médico era más profesional que los doctores y que hablara con ellos, para concientizarlos, que mi hija había fallecido por falta de atención médica, que ella, la médico, estaba cerca de ellos y que había muchas personas como mi hija que merecen vivir, que acuden por el conocimiento de un doctor a un hospital. Le comenté que mi hija estaría viva y que aparte yo tenía la amargura de la enfermera que se burlaba de mi hija. Ella asintió. Me comentó que ella había hecho lo que pudo y que lo demás no estaba en sus manos; yo le agradecí.

Por lo anterior, le ruego, haga lo que le sea a Usted posible, lo que esté en sus manos. Para evitar este tipo de tragedias y para darme paz porque traigo este sentimiento que oprime y lastima, espero que Usted no experimente jamás en su vida el dolor de ver a un hijo morir, no es lo mismo cuando se agotan los recursos a cuando los buscas y no los encuentras. Es lo peor que he vivido. Es desgarrador, se acaba la vida de uno mismo. Tuve una hemorragia de tres semanas vaginal, una depresión, falta de sueño y fui con la doctora “J” del Hospital Central para atenderme y no caer más ya que tengo una hija menor...” [sic].

2.- Solicitados los informes de ley, con fecha 01 de julio de 2016, se recibió oficio ICHS-JUR-558/2016 (foja 42 a 48), signado por el licenciado José Carlos Medina

Armendáriz, Jefe del Departamento Jurídico del Instituto Chihuahuense de Salud, mediante el cual da respuesta en el siguiente sentido:

“...CAPITULO II

FUNDAMENTOS Y MOTIVACIONES DE LOS ACTOS U OMISIONES

Visto el contenido de la queja me permito manifestar que resultan infundados los hechos reseñados por la quejosa “A”, ante ese organismo derecho humanista, lo anterior en virtud de que en primer término, como se puede apreciar de la explicación y narración que a continuación se proporciona:

La atención médica fue proporcionada en tiempo y de forma continua, ya que la misma impetrante hace mención en su escrito de queja que acudió en varias ocasiones en compañía dice su hija “B”.

Que su hija de nombre ya mencionado, fue hospitalizada en el nosocomio ya multireferido, que ahí en donde se le brindó la atención médica sobre su embarazo y sobre todo trataron el problema severo de preclamsia que “B” padecía.

De la atención médica proporcionada, se obtuvo un producto femenino en buen estado, es decir, su problema de embarazo fue resuelto adecuadamente.

Respecto al problema severo de preclamsia que “B” tenía, es importante que esta es una condición adquirida durante el embarazo que incluso pone en peligro la vida de la mujer, como desafortunadamente ocurrió en el caso presente, hecho lamentable sin lugar a dudas, pero que fue debidamente bien tratada tal condición hasta que sobreviene un paro cardíaco al momento de estar realizando la toma de una radiografía, en la cual a pesar de los esfuerzos para revertir el paro, no respondió “B” ante el esfuerzo realizado por el personal médico y de enfermería adscrito al citado Hospital, teniendo como resultado el deceso de “B”.

CAPITULO III

EXISTIENCIA DE LOS ACTOS U OMISIONES

Por lo expuesto líneas arriba se considera que no existen actos, omisiones, discriminación, humillación, sobajamiento, que hubiesen perturbado, agredido o violentado Derechos fundamentales de la quejosa “A” y/o de “B”, en virtud de que:

El trato que se le proporcionó a la quejosa y a su hija “B” fue el adecuado por parte del personal Hospitalario.

Se trató adecuadamente el problema de salud que presentaba su hija “B”, al ingresar en el Hospital Central del Estado.

La paciente “B” presentó un paro cardíaco, el cual está catalogado como un evento súbito, intempestivo, impredecible, que puede suceder en cualquier persona, pero en el caso que nos ocupa, resulta interesante el hecho de que “B” tuvo una condición severa llamada preclamsia derivada del embarazo con el que cursaba, la cual altera la tensión arterial de la mujer embarazada. Siendo esta última la condicionante para que “B” sufriera un paro cardíaco que a la postre la llevó al deceso.

CAPITULO IV

MATERIAL PROBATORIO

Para acreditar los hechos manifestados en el cuerpo del presente, me permito ofrecer los siguientes medios de convicción:

LA DOCUMENTAL consistentes en:

A).- Informe médico proporcionado por el Doctor Roberto Hidalgo Silva, en su calidad de Director del Hospital Central del Estado, por medio del cual pone en conocimiento de esta Jefatura lo actuado en el caso concreto.

B).- Opinión Técnico Médica a cargo del Perito Doctor Oscar Aguirre Barrera, especialista en Gineco-Obstetricia, quien nos ilustra en el campo clínico que ocurrió en la atención médica otorgada a “B” y cuáles fueron los factores que detonaron su deceso.

C).- Copia certificada del expediente clínico de “B”.

CAPITULO V

SE PROCEDE A DAR CONTESTACION A LAS INTERROGANTES PLANTEADAS POR ESTE ORGANISMO DERECHOHUMANISTA

En este rubro se remite informe médico con contestación a las interrogantes planteadas por esa H. Comisión, mismo que es elaborado por el Doctor Roberto Hidalgo Silva en su calidad de Director del Hospital Central del estado, esto mediante oficio número DM 096/2016 de fecha 19 de mayo del año en curso.

CAPITULO VI

CUMPLIMIENTO DE MEDIDAS CAUTELARES

En este rubro se informa a esta H. Comisión que no se hace manifestación alguna, toda vez que no fue indicada alguna de estas medidas.

CAPITULO VII

CONCILIACION

En este aspecto se manifiesta a esa H. Comisión que Si es nuestro deseo agendar día y hora para llevar a cabo plática conciliatoria respecto con la impetrante

Por lo anteriormente expuesto y fundado a esta Comisión Estatal de Derechos Humano solicito...” [sic].

II. - EVIDENCIAS:

3.- Escrito de queja presentado por “A” el día 10 de mayo de 2016, en este organismo, mismo que fue transcrito de forma íntegra en el hecho primero de la presente resolución. (Evidencias visibles en fojas 1 a la 6)

4.- Oficios No. YA 84/2016 y YA 84/2016 de fecha 13 y 16 de mayo del 2016 mediante los cuales se solicitó el informe al Dr. Noel Delval Ochoa, Director del Hospital Central Universitario de Chihuahua (foja 9 a 12).

5.- Acta circunstancia elaborada el día 30 de mayo del 2016, por la licenciada Yuliana Sarahi Acosta Ortega, Visitadora de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos, quien hace constar comparecencia de “A”, refiriendo circunstancia narradas en el escrito inicial de queja, asimismo, entregó impresiones que contienen información sobre el problema de salud que presentó “B” (fojas 13 a 28).

6.- Oficio recibido el día 01 de junio del 2016, signado por el Lic. José Carlos Medina Armendáriz, Jefe del Departamento Jurídico del Instituto Chihuahuense de Salud, en el cual solicitan prorroga de 15 días hábiles para rendir el informe solicitado. (Evidencias visibles en fojas 29 y 30)

7.- Oficio No. YA 108/2016 fechado el día 30 de mayo del 2016, dirigido al Lic. Fausto Javier Tagle Lachica, en ese entonces Fiscal Especializado en Atención a Víctimas y Ofendidos del Delito, mediante el cual se le solicita Certificado de Necropsia. (Evidencias visibles en fojas 31 y 32)

8.- Escrito por parte de “C” esposo de “B”, en el cual narra lo sucedido. (Evidencia visible en foja 33 y 34)

9.- Oficio recibido el día 14 de junio del 2016, signado por el Lic. Francisco Adrián Sánchez Villegas, quien por instrucciones del entonces Fiscal Especializado en Atención a Víctimas y Ofendidos del Delito, propone someter a un proceso conciliatorio. (Evidencia visible en foja 35)

10.- Acta circunstanciada realizada el día 22 de junio del 2016, por la licenciada Yuliana Sarahi Acosta Ortega, Visitadora Ponente, en la cual se hace constar comparecencia "C". (Evidencias visibles en fojas 36 a la 38)

11.- Obra acta circunstanciada realizada el día 22 de junio del 2016, donde la suscrita Lic. Yuliana Sarahi Acosta Ortega, Visitadora General, hace constar reunión conciliatoria entre la quejosa y personal de la Fiscalía General del Estado, en la cual se llegó al siguiente acuerdo:

Por parte de la Lic. Bianca Bustillos y la Lic. Laura Cristina Acosta Reaza, Adscritas a la Unidad de Atención a Víctimas y Ofendidos del Delito, ofrecen proporcionar asesor jurídico para que apoye a la impetrante en el seguimiento de su carpeta de investigación, terapias psicológicas.

De igual manera se acordó que la impetrante acudiera a las instalaciones de la Fiscalía General del Estado a ratificar la demanda para que se continúe con la investigación.

Se estableció como enlace a la Lic. Laura Cristina Acosta Reaza, Agente de Ministerio Público.

Por parte de la impetrante, C. "A" acepta de conformidad" [sic].

Sin más que hacer constar. (Evidencia visible en foja 39)

12.- Oficio recibido el día 24 de junio del 2016, signado por el Lic. José Carlos Medina Armendáriz, Jefe del Departamento Jurídico del Instituto Chihuahuense de Salud, mediante el cual solicita prorroga de 5 días hábiles para poder rendir el informe solicitado. (Evidencias visibles en fojas 40 y 41)

13.- Con fecha 01 de julio de 2016, se recibe en este organismo oficio número ICHS-JUR-558/206, signado por el licenciado José Carlos Medina Armendáriz, Jefe del Departamento Jurídico del Instituto Chihuahuense de Salud, cuyo contenido quedó transcrito en el punto dos de la presente resolución (evidencias visibles en fojas 42 a 48), en el cual aporta la siguiente documentación:

Informe médico proporcionado por el doctor "H", en su calidad de Director del Hospital Central del Estado (fojas 50 y 51)

Opinión Técnico Médica a cargo del Perito "L", especialista en Gineco-Obstetra (fojas 52 a 57)

Copia certificada del expediente clínico perteneciente a "B" (fojas 58 a 149).

14.- Acta circunstanciada elaborada el día 13 de julio del 2016, por la suscrita Lic. Yuliana Sarahi Acosta Ortega, Visitadora General de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos, haciendo constar comparecencia de "A". (Evidencia visible en foja 150)

15.- Oficio No. AM-180/2016 fechado el día 11 de agosto del 2016, dirigido al Lic. Fausto Javier Tagle Lachica, entonces Fiscal Especializado en Atención a Víctimas y Ofendidos del Delito, mediante el cual se le envía recordatorio para que rinda la información solicitada. (Evidencia visible en foja 151)

16.- Oficio No. FEAVOD/UDH/CEDH/1851/2016, recibido en este organismo el día 16 de agosto de 2016, signado por el Lic. Francisco Adrián Sánchez Villegas, en su carácter de Coordinador de la Unidad de Derechos Humanos y Litigio Internacional, mediante el cual rinden el informe solicitado (evidencias visibles en fojas 152 a la 158), anexando a dicho oficio la siguiente información:

Copia simple de comparecencia de "A", ante el agente del Ministerio Público (fojas 155 a 158).

17.- Escrito de fecha 25 de agosto del 2016, signado por "A", mediante el cual hace consideraciones sobre la respuesta de autoridad (fojas 159 a la 172)

18.- Oficio No. YA 265/2016 con fecha del 18 de septiembre del 2016, dirigido a la Dra. María del Socorro Reveles Castillo, Médico Adscrito al Departamento de Capacitación de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos, mediante el cual se le solicita su opinión médica referente al caso de "B", el cual obra en fojas 173 a la 177.

19.- Oficios No. YA 312/2016 de fecha del 18 de octubre del 2016, dirigido al Director del Hospital Central Universitario y Dr. Sergio Elizalde Morton, Director del Hospital Central, mediante el cual se les solicita los informes correspondientes en vía de colaboración, copia certificada del expediente clínico de quien en vida llevó el nombre de "B" (fojas 179 a la 181).

20.- Oficio No. YA 319/2016 de fecha del 20 de octubre del 2016, signado por la Visitadora Ponente, mismo que dirigió a la Fiscalía Especializada en Atención a Víctimas y Ofendidos del Delito, en el cual se solicita en vía de colaboración copia certificada del Certificado de Necropsia de “B” (foja 182).

21.- Contestación al Oficio No. 319/2016 recibida el día 17 de noviembre del 2016, signado por el Lic. José Luis Hermosillo Prieto, en su carácter de Coordinador de la Unidad de Derechos Humanos y Litigio Internacional, mediante el cual nos rinden la información solicitada. (Evidencias visibles en fojas 184 a la 191)

22.- Oficio No. YA 334/2016 fechado el día 18 de noviembre del 2016, dirigido a la Dra. María Socorro Reveles, Médica adscrita a esta Comisión Estatal, mediante el cual se le solicita opinión médica sobre el caso referente a la queja interpuesta por “A”, el cual obra en fojas 192 a la 195.

III.- CONSIDERACIONES:

23.- Esta Comisión Estatal es competente para conocer y resolver en el presente asunto atento a lo dispuesto por los artículos 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1, 3 y 6 fracción II inciso A), de la Ley de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos.

24.- Según lo indican los numerales 39 y 42 del ordenamiento jurídico que rige a este organismo, es procedente por así permitirlo el estado que guarda la tramitación del presente asunto, analizar y examinar los hechos, argumentos y pruebas aportadas durante la indagación, a fin de determinar si las autoridades o servidores públicos violaron o no los derechos humanos, al haber incurrido en actos ilegales o injustos, de ahí que las pruebas aportadas en la investigación realizada, en este momento deberán ser valoradas en su conjunto de acuerdo a los principios de la lógica y la experiencia, pero sobre todo en estricto apego al principio de legalidad que demanda nuestra Carta Magna, para una vez realizado esto, se pueda producir la convicción sobre los hechos materia de la presente queja.

25.- Una de las facultades de este organismo es procurar una conciliación entre los quejosos y los servidores públicos involucrados, por tal motivo, en las solicitudes de informes se hace del conocimiento de la autoridad si están de acuerdo en iniciar un proceso conciliatorio, en estas circunstancias aun y cuando la queja se enderezó en contra de la servidores públicos adscritos a la Secretaría de Salud, se solicitó la colaboración de la Fiscalía General del Estado con el propósito de que se le brindara la atención necesaria a la impetrante, realizando en este caso reunión conciliatoria con dicha institución y se lograron los acuerdos descritos en el punto once de la

presente resolución. Por tal motivo, no se hace referencia alguna sobre acción u omisión en contra del personal de la Fiscalía General del Estado.

26.- Ahora bien, de la respuesta proporcionada por el jefe del departamento jurídico del Instituto Chihuahuense de la Salud, precisamente en el capítulo VII, del documento aludido, se hace del conocimiento que sí es su deseo de agendar día y hora para llevar a cabo plática conciliatoria, sin embargo, no obstante a la disposición de este organismo, no fue posible concretizar por interés de la partes realizar el proceso de conciliación, por lo tanto, se tiene agotada la posibilidad de llegar a un acuerdo por esta vía, procediendo al análisis de los hechos referidos en el escrito inicial de queja y contestación de la autoridad.

27.- Del propio informe de respuesta de la autoridad, se argumenta el hecho de que no existió responsabilidad por parte de los servidores públicos de la Secretaría de Salud involucrados en la presente queja, y si bien, este organismo tuvo que enviar recordatorios a la autoridad para que emitiera la respuesta, dicho informe muestra una contradicción evidente con lo manifestado por “A”, en este sentido, se procede a dilucidar atendiendo a las evidencias aportadas por las partes, si existió deficiencia en la prestación del servicio de salud en perjuicio de “B”.

28.- La reclamación esencial de la impetrante es que no se le brindó la adecuada atención médica a “B”, posterior al parto, lo cual trajo como consecuencia el deceso de la paciente, asimismo, por la inapropiada actuación del personal de enfermería, quienes no estuvieron al pendiente de la evolución clínica de “B” e incluso de las expresiones peyorativas, a excepción de “E”, quien fue el que asistió a la paciente.

29.- Del contenido del escrito de queja, el cual quedó debidamente transcrito en el punto uno de la presente resolución, omitiéndose en este apartado por cuestiones de obviedad innecesarias, asimismo, de la respuesta de la autoridad, se tiene acreditado el hecho de que “B” ingresó el día 17 de marzo de 2016, al Hospital Central Universitario, por labores de parto, permaneciendo hospitalizada hasta el día 20 de marzo de 2016, fecha en que ocurrió su deceso, por tales circunstancias, se procede analizar, si “B”, durante el tiempo que permaneció en el Hospital Central Universitario, recibió la atención médica correspondiente.

30.- En este sentido, la autoridad señala que la atención médica brindada a la paciente “B”, fue la adecuada, y aporta dictamen médico realizado por el Perito Oscar Aguirre Barrera, médico especialista en Ginecología y Obstetra, quien de acuerdo al material de estudio consistente en expediente clínico de la paciente “B”, al señalar en antecedentes, él refiere lo siguiente:

“...Se reporta hallazgo de hipertensión arterial con 150/100 mmHg además de proteinuria en multistix tres cruces de cuarto. Se ingresa a tococirugía con los diagnósticos de primigesta con embarazo de 36.2 semanas y preclampsia a las 22:34 horas.

De acuerdo a la nota de ingreso a ginecología a las 22:41 horas se le inicia ayuno, solución hartman 1000 ml para 24 horas, vigilancia de tensión arterial y recabar laboratorios.

A las 00:04 horas de acuerdo a las indicaciones dadas por el personal médico, se inicia manejo para preclampsia severa a base de solución hertman 1000 ml para una hora, profilaxis anticonvulsiva con sulfato de magnesio y doble esquema antihipertensivo a base de hidralazina 50 mg vía oral cada 6 horas y metildopa 500 mg vía oral cada 6 horas, monitoreo fetal, de diuresis y preparar para cesárea.

A las 02:40 horas se pasa a cesárea obteniéndose recién nacido femenino con un peso 1910 gramos, con un apgar 8-8 y pasando a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, no reportándose eventualidades durante la cirugía llevada a cabo por la Doctora Ortega Médico adscrito y Doctor Siañez R3 de ginecología y obstetricia.

Se pasa a recuperación indicando soluciones para 8 horas, analgésicas, antibióticos y esquemas antihipertensivo, vigilancia de diuresis.

En la nota de evolución del día 18 de marzo del 2016 a las 6:19 horas se encuentra con edema importante con cifra de presión arterial estable (100/80mmHg) Se continua mismo manejo establecido.

A las 11:00 horas se reporta paciente oligúrica por lo que se le suspende sulfato de magnesio, se indica expansor de plasma para forzar diuresis (dado el edema significativo), los laboratorios muestran enzimas hepáticas elevadas y trombocitopenia por lo que se le diagnostica síndrome de HELLP III.

La nota de evolución siguientes fue el día 19 de marzo del 2016 a las 11:11 horas se reporta quejumbrosa, con cifras tensionales en control, por lo que se continua mismo manejo, se pide interconsulta a psiquiatría.

La nota de evolución del día 20 de marzo del 2016 a las 16:05 hace mención de cifras tensionales normales en 90/60mmHg, sin embargo con incremento significativo del edema que abarca genitales, y miembros torácicos y cara, por lo que se concluye anasarca, se solicita valoración de medicina crítica para evaluar estado general de la paciente.

La valoración por medicina crítica se realiza a las 17:00 horas, quien decide pasar a Unidad de Cuidados Intensivos para el manejo de líquidos y albúmina.

A las 18:54 horas se realiza colocación de catéter central por parte del servicio de Angiología con consentimiento de la paciente, se realiza punción yugular sin éxito de colocación de guía por lo que se procede a colocación de catéter en segunda punción en subclavícula y obteniendo retorno venoso

De lo anterior expuesto se desprende que la paciente recibió la atención pronta y correcta en el servicio de urgencias al diagnosticarse preclampsia e ingresarse al área de labor.

En el área de labor se confirma una preclampsia con datos de severidad por lo que se realiza una cesárea de urgencia a las 3 horas de su ingreso a tococirugía, siguiendo la guía clínica para el manejo de la preclampsia severa.

En cuanto a la cesárea no se presentan complicaciones de hemorragia o técnicas durante la misma.

Se obtiene un recién nacido de bajo peso para edad gestacional común en pacientes con trastornos hipertensivos severos, lo que habla de un tiempo aproximado de semanas de evolución de la patología en base.

En cuanto al manejo postoperatorio en piso se considera que se realizaron los ajustes de líquidos y de manejo farmacológico durante el periodo del día 18 al 20 de marzo 2016, sin embargo en el día 20 se presenta una valoración por medicina crítica quien decide paso a Unidad de Cuidados Intensivos, previa colocación catéter central.

El evento de paro se presentó en el servicio de Radiología cuando se estaba tomando control se estaba tomando control radiográfico de catéter. A pesar de la maniobras de intubación y apoyo vital avanzado no revirtió el evento del para cardiorrespiratorio.

El reporte de autopsia hace mención a una muerte materna de causa directa secundaria a preclampsia severa. Se reporta abundante líquido en hemitórax izquierdo de aproximadamente 700 ml y de 300 ml en hemitórax derecho, derrame pericárdico.

No considero una falta de atención ni dilación en el tratamiento, sino un caso severo de preclampsia con secuestro de líquido en tercer espacio, con derrame pericárdico que condiciono el paro cardiaco que no revirtió a maniobras.

Por lo que el Suscrito Perito médico, determino que, NO EXISTE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL POR PARTE DEL PERSONAL ADSCRITO AL HOSPITAL CENTRAL DEL ESTADO; ya que como se desprende del expediente clínico, la paciente fue atendida en forma adecuada y apegado a la Lex Artis Médica. Más adelante, emitiré una opinión donde se explicara las circunstancias que deben concurrir para que exista responsabilidad profesional.

La paciente fue valorada adecuadamente, donde se le brindó la atención médica pronta, oportuna y donde acertadamente se le trató su padecimiento.

En base a lo anterior, y enfatizado que la paciente fue valorada en el citado Hospital oportunamente, puedo determinar que la actuación médica se encuentra dentro de los lineamientos que determina la Lex Artis Médica, a su vez que basa sus decisiones en bases contundentes y por lo tanto NO PUEDE EXISTIR NINGÚN ELEMENTO PARA PODER SIQUIERA PENSAR O HABLAR DE MALA PRÁCTICA MÉDICA, MUCHO MENOS DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL ALGUNA EN LA ATENCIÓN PRESTADA A “B”...” [sic] (fojas 52 a 57).

31.- Del dictamen médico elaborado por el perito antes referido, si bien el especialista concluye que no hay negligencia médica, sin embargo llama la atención a este organismo que de dicho análisis se puede apreciar que el perito informa que en la primer nota de evolución, se encontró a la paciente con edema importante, en la segunda nota de evolución que se realizó después de veinticuatro horas, en la cual no se hace referencia al edema o bien si mejoró o no la salud. La siguiente nota quedó registrada a las 16:05 horas del día 20 de marzo de 2016 (esto de acuerdo a la pericial visible en foja 53 y 54), en ese momento se encontró con incremento significativo del edema, esto es tardaron más de cuarenta y ocho horas para determinar el aumento del edema, y en el inter de tiempo de internamiento no se encuentra registrado como se atendió sobre la evolución de este cuadro clínico, lo cual provocó que se agravó el estado de salud de “B”, cobra sentido al analizar la foja 93 del expediente, siendo estos reportes de notas médicas que integran el expediente clínico de la paciente, observando lo siguiente: punto 7. *“Servicio de laboratorio no toma muestra de sangre desde el día de ayer a las 23:59 para control del día de hoy, por lo que se solicita vía telefónica tomarlas a la brevedad. Posteriormente acuden, reportando que debido al edema no es posible tomarle muestras de sangre” [sic].* Observando que no existió comunicación adecuada entre las áreas de laboratorio, urgencias y terapia.

32.- En este sentido, si “B” fue reportada con oligúrica, indicándole expensares de plasma para forzar diuresis, y de acuerdo a la nota médica elaborada el día 19 de

marzo, se indica que tendrá vigilancia estrecha, esto por agravarse o desmejorar el estado de salud de la paciente, sin embargo, no se aprecia ninguna nota que precise la evolución médica de “B” o bien, sobre el resultados de los exámenes de laboratorio que le fueron ordenados.

33.- Aunado a lo anterior, se solicitó la colaboración de la Dra. María del Socorro Reveles Castillo, Médica Cirujano adscrita a esta Comisión Estatal, quien realiza opinión médica sobre el expediente clínico de la paciente “B”, concluyendo la especialista en la salud en lo siguiente:

“1.- La paciente recibió atención médica oportuna a su llegada al Hospital Central, realizándole una cesárea de urgencia, lo cual está indicado por presentar preeclampsia severa.

2.- A partir del 19 de marzo, su segundo día de internamiento, su estado fue deteriorándose y no recibió la vigilancia estrecha que estaba indicada, a partir de ese momento fue empeorando su estado y las acciones se retrasaron hasta el siguiente día que presentó el paro cardiorrespiratorio irreversible, por lo que se puede concluir que recibió atención médica pero ésta no fue la oportuna ni de calidad, ya que no se cumplió con la obligación de vigilar estrechamente a esta paciente ni actuar en consecuencia, sabiendo que se tenía un padecimiento grave que no iba teniendo una evolución favorable.

3.- Existen elementos que no cumplen con lo señalado en la NOM-004—SS3-2012, referente al expediente clínico, como son la presencia de algunas notas de evolución sin horas de elaboración, sin datos del médico que la elaboró y una nota con datos de identidad del paciente y hora equivocadas, y documentos de consentimiento informado sin llenado correcto. Si bien esto no influye en el diagnóstico, pronóstico y evolución del paciente directamente, sí son elementos que indican una falta de información completa, oportuna y a la vez hacia el paciente y sus familiares (consentimiento informado) y poco interés de los médicos residentes e internos a su cargo.

4.- Sería de utilidad contar con el reporte de la autopsia realizado.

5.- En base a lo referido por la madre; la paciente y sus familiares recibieron un mal trato por parte de una enfermera y el personal médico no estuvo disponible cuando ellos consideraron que los requería su paciente. Si bien esto no puede ser corroborado con el expediente clínico, sí es una señal de que no existió una buena comunicación ni una adecuada relación médica-paciente, lo que nos habla de que no recibió trato digno” [sic] (fojas 174 a 177).

34.- Reforzando la opinión médica de la Dra. María del Socorro Reveles Castillo, se tiene evidencia consistente en minuta de reunión extraordinaria del Comité de Prevención, Estudio y Seguimiento de la Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal del Hospital Central del Estado del mes de marzo de 2016 (fojas 106 a 110), el cual en el análisis del caso precisa lo siguiente:

“...ANALISIS DEL CASO:

- Se comenta la posibilidad de una tromboembolia pulmonar debido a una sobrecarga de líquidos.

-Se solicitó albumina y no se contó en el hospital con ella. Por lo que el familiar la compra de su bolsillo.

-Código mater fue activado de manera tardía debido a que la paciente se encontraba delicada pero estable, por ello no se dio pase directo a terapia intensiva.

-Posteriormente se alinearon factores desencadenantes como preeclampsia severa, toxicomanías, instalación difícil de acceso de catéter venoso central.

-El catéter no fue instalado en UCI debido a la falta de funcionamiento del equipo portátil para toma de rayos X. Además de que en terapia no se cuenta con ultrasonido para direccionar el catéter, en el caso de la paciente por el edema generalizado que provocaba su difícil instalación.

-Desabasto de insumos dentro del carro rojo de rayos X, debido a ello se tuvo que trasladar a la paciente al área de cirugía de mujeres.

-Se realizó trabajo en equipo en forma a pesar de la falta de insumos.

CONCLUSIONES.

-Activar el código materno cuando se reciba dentro del hospital a toda paciente con preeclampsia independientemente de la severidad.

-Mejorar la comunicación de las áreas de banco de sangre, terapia, urgencias, ya que no se cuenta con un sistema de alarma por lo que se solicita por parte de la dirección que las supervisoras de turno de enfermería hagan el llamado correspondiente a las áreas.

-Revisión del protocolo de manejo de pacientes con preeclapmsia y tenerlo a disposición de las áreas de urgencias, terapia y ginecología” [sic].

35.- En lo que respecta a la opinión de la Dra. María del Socorro Reveles Castillo, así por la aplicación tardía del código mater y la falta de comunicación referida por el Comité, se puede establecer presunción de una inadecuada vigilancia de la salud de “B”, mientras permaneció internada en el Hospital Central, siendo este un acto negativo que compromete los derechos humanos a la salud y a la vida, los cuales el Estado Mexicano está obligado a proteger y garantizar, de manera oportuna, eficaz y con calidad, pues estos términos están tutelados en los artículos 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y 10 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

36.- Asimismo, los artículos 2, 23, 24, fracción I, 27, fracciones III, IV, VIII y X, 28, 29, 32 y 33 de la Ley General de Salud prevén el derecho a la protección de la salud, y señalan como sus finalidades, el bienestar físico y mental de la persona, así como la prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana, para lo cual, reconocen el disfrute de los servicios de salud para satisfacer las necesidades de la población a través de acciones dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de las personas mediante la atención médica, que comprende actividades preventivas, curativas y las relativas a optimizar las capacidades, así como garantizar la existencia y disponibilidad permanentes de medicamentos y otros insumos esenciales.

37.- No pasa desapercibido para esta Comisión que “B” ingresa al Hospital Central con embarazo de 36.2 semanas de gestación, preclamsia con datos de moderada a severa y síndrome de Hellp. Lo cual indiscutiblemente influyó en el deterioro y agravamiento de su estado de salud y coadyuvó a las diversas complicaciones que le sobrevinieron. No obstante existen evidencias que nos llevan a establecer elementos de ineficiencia en la presentación del servicio y atención médica brindada, sin que ello nos pueda llevar a concluir que hay sido causa directa del fallecimiento, sin embargo si justifica su necesaria investigación para efectos de dilucidar las responsabilidades administrativas y la reparación del daño a que hay lugar.

38.- En este sentido, es oportuno mencionar, que los servidores públicos involucrados en la queja que aquí se resuelve, incumplieron con la norma oficial mexicana, NOM-004-SS3-2012, que refiere al expediente clínico, como lo establece la Dra., al referir la presencia de algunas notas de evolución sin hora de

elaboración, sin datos del médico que la elaboró y una nota con datos de identidad del paciente y hora equivocada (foja 177), que si bien, no puede influir en el diagnóstico, pronóstico y evolución del paciente directamente, sí son elementos que indican una falta de información completa, oportuna y en algunos casos equivocada hacia el paciente y sus familiares, circunstancias que reflejan el incumplimiento a la Norma Mexicana referida.

39.- Pues dichas omisiones de los profesionistas en la salud, atendiendo a la Norma Oficial Mexicana referida, contenidas en los puntos 4, 5 y 6, que establecen los criterios científicos, éticos, tecnológicos y administrativos, obligatorios en la elaboración, integración, uso, manejo, archivo, conservación, propiedad, titularidad y confidencialidad del expediente clínico.

40.- Atendiendo a los razonamientos y consideraciones antes detallados, esta Comisión Estatal de los Derechos Humanos estima que a la luz del sistema de protección no jurisdiccional, se desprenden evidencias suficientes para considerar violados los derechos fundamentales de "B", específicamente el derecho a la protección de la salud.

41.- En términos de los artículos 1, 2 fracción I, 7 fracción II, VI, VII, VIII, 8, 26, 27, 64 fracción I, II VII, 67, 68, 88 fracción II, 96, 97 fracción I, 106, 110 fracción V, inciso C, 111, 112, 126 fracción VIII, 130, 131, 152 de la Ley General de Víctimas, al acreditarse violación a los derechos humanos específicamente al derecho a la Salud, atribuibles a personal de la Secretaría de Salud. Así como trasgresiones a los derechos humanos en agravio de "B", estos últimos se deberán inscribir en el Registro Nacional de Víctimas, cuyo funcionamiento corre a cargo de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, a fin de que tengan acceso al Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral prevista en la aludida ley.

42.- Por lo anteriormente fundado y motivado, en relación con lo dispuesto por los artículos 1, 102, apartado B, y 109, fracción III, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 4 apartados A y B, y 178 de la Constitución Política del Estado de Chihuahua; 42, 44 y 45 de la Ley de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos, esta Comisión emite las siguientes:

IV.- RECOMENDACIONES:

PRIMERA.- A usted DR. ERNESTO ÁVILA VALDÉZ, Secretario de Salud, gire sus instrucciones para que se radique, integre y resuelva, procedimiento dilucidatorio de responsabilidades en contra de los servidores públicos que intervinieron en los hechos analizados en la presente resolución, en el cual se consideren los

argumentos esgrimidos, a efecto de que se determine el grado de responsabilidad en que hayan incurrido y en su caso se impongan las sanciones que correspondan, debiendo enviar a este organismo, constancias de su cumplimiento.

SEGUNDA.- A Usted mismo, se resuelva además, dentro del procedimiento que al efecto se instaure, lo procedente en cuanto a la reparación del daño que le pueda corresponder a la familia de “B”.

TERCERA.- A Usted mismo, gire sus instrucciones para que se active oportunamente el Código Mater y se revise el protocolo de manejo a toda paciente con preeclampsia, independientemente de la severidad que presenten.

CUARTA.- A usted mismo, para que se radique, integre y resuelva, procedimiento dilucidatorio, en contra de los servidores públicos que obstaculizaron a este organismo la investigación de violaciones a derechos humanos, al retardar injustificadamente el informe de respuesta y omitir acompañar los documentos que apoye el informe.

La presente recomendación, de acuerdo con lo señalado por el artículo 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, tiene el carácter de pública y con tal índole se publica en la Gaceta de este organismo. Se emite con el propósito fundamental tanto de hacer una declaración respecto a una conducta irregular cometida por servidores públicos en el ejercicio de las facultades que expresamente les confiere la ley, así como de obtener la investigación que proceda por parte de las dependencias administrativas o cualesquiera otras autoridades competentes para que, dentro de sus atribuciones, apliquen las sanciones conducentes y se subsane la irregularidad de que se trate.

Las recomendaciones de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos no pretenden en modo alguno desacreditar a las instituciones ni constituyen una afrenta o agravio a las mismas o a sus titulares, por el contrario, deben ser concebidas como instrumentos indispensables en las sociedades democráticas y en los Estados de Derecho, para lograr su fortalecimiento a través de la legitimidad que con su cumplimiento adquieren autoridades y servidores públicos ante la sociedad. Dicha legitimidad se robustecerá de manera progresiva cada vez que se logre que aquellas y éstos, sometan su actuación a la norma jurídica y a los criterios de justicia que conlleven al respeto a los derechos humanos.

En todo caso, una vez recibida la recomendación, la autoridad o servidor público de que se trate, informará dentro de los quince días hábiles siguientes a su notificación, si se acepta. Entregará en su caso en otros quince días adicionales las pruebas

correspondientes de que se ha cumplido, ello según lo establecido en el artículo 44 de la Ley de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos.

La falta de respuesta dará lugar a que se interprete que la misma no fue aceptada. En caso de que se opte por no aceptar la presente recomendación, le solicito en los términos del artículo 102 apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que funde, motive y haga pública su negativa.

No dudando de su buena disposición para que la presente sea aceptada y cumplida.

A T E N T A M E N T E

M.D.H. JOSE LUIS ARMENDARIZ GONZALEZ

P R E S I D E N T E

c.c.p.- Quejosa. Para su conocimiento

c.c.p.- Lic. José Alarcón Ornelas, Secretario Técnico y Ejecutivo de la C.E.D.H