



RECOMENDACIÓN NÚMERO 028/2019

Morelia, Michoacán, a 08 de julio de 2019

CASO SOBRE VIOLACION AL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD.

DOCTORA DIANA CELIA CARPIO RÍOS
SECRETARIA DE SALUD EN EL ESTADO

1. La Comisión Estatal de los Derechos Humanos, con fundamento en los artículos 102, apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 96 de la Constitución Política del Estado, así como los preceptos 1º, 2º, 4º, 6º, 13 fracciones I, II, III, IV, 27 Fracción I, II, III y IV, 54 fracciones I, II, III y XXII, 85, 94, 106, 107, 108, 110, 112, 113, 114 y 115 de la Ley de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos; 1, 2, 6, 13, 57, 58 fracción V, 115, 122, 135, 145, 146, 147 del Reglamento Interior que la rige; es competente para conocer de la queja número **MOR/528/16**, presentada por **XXXXXXXXXXXXXXXXXX**, por actos presuntamente violatorios de derechos humanos cometidos en agravio de la **finada XXXXXXXXXXXXXXXX** y del mismo, atribuidos al **“Dr. Tamayo”** médico adscrito al Hospital General **“Dr. Miguel Silva”**, médico José González, responsable de los médicos residentes de Ginecología y médico Eugenio Castillo Huerta, Subdirector ambos del Hospital General **“Dr. Miguel Silva”**, vistos los siguientes:

ANTECEDENTES

2. El día 07 de septiembre de 2016, XXXXXXXXXXXXXXXX presentó queja ante esta Comisión, señalando lo siguiente:

“PRIMERO: Quiero manifestar que el día 04 de agosto del año en curso, mi esposa de nombre XXXXXXXXXXXXXXXX de XX años de edad ingresó al Hospital General “Dr. Miguel Silva” de Morelia, debido a que estaba embarazada y había llegado al momento de dar a luz. Ese mismo día mi esposa se alivió, sin embargo en el proceso de parto fue víctima de “violencia obstétrica” tanto “física” como “psicológica” por parte de Aldo Guadalupe Bucio Aguilar, “Residente Grado 1” del “Hospital Civil”, Jaime Sánchez Moreno “Residente Grado 2” del hospital antes referido y otra practicante, de quien desconozco su nombre debido a que no me lo quisieron proporcionar.

Mi esposa al salir del parto me comento que los residentes de ginecología, quienes llevaron a cabo el procedimiento de parto sin la supervisión de algún médico en forma, ellos de nombres Aldo Guadalupe Bucio Aguilar, “Residente Grado 1” del “Hospital Civil”, Jaime Sánchez Moreno “Residente Grado 2” del hospital antes referido y otra practicante, de quien desconozco su nombre debido a que no me quisieron proporcionar sus datos, dieron la instrucción de que le suministraran a mi esposa una inyección para que dilatara más rápido, siendo que mi esposa ingresó a quirófano con labor de expulsión, contando con siete u ocho grados de dilatación, por lo que ella pidió que no le inyectaran dicho medicamento ya que no era necesario, basándose en lo que su ginecólogo le había explicado. A los referidos residentes no les importó lo que mi esposa les pedía y con mucho morbo le aplicaron la inyección.

SEGUNDO: Es importante señalar que mi esposa me menciona que cuando estaban llevando a cabo el tacto, desde el inicio se encontraba un estudiante residente extranjero, sin conocer cuál es su nacionalidad, Aldo Guadalupe

Bucio Aguilar o Jaime Sánchez Moreno “Residentes Grado 1 y 2” respectivamente, del “Hospital Civil”, uno de ellos introdujo tres o cuatro veces su mano en la vagina de mi esposa, lastimando su útero, añadiendo que le introdujo la mano por el recto, sin esto tener sentido.

Posteriormente mi esposa expulso al bebe y los residentes antes referidos trataron de sacar la placenta sacando solamente pedazos; por lo que cerro muy pronto la zona pélvica dejándole los demás restos de placenta dentro.

Mientras los médicos residentes antes referidos estaban haciendo lo expuesto en líneas anteriores, mi esposa comentó que tenía mucho dolor, por lo que gritaba: “Ay dios mío ayúdame” en repetidas ocasiones, por lo que Aldo Guadalupe Bucio Aguilar, “Residente Grado 1” del “Hospital Civil”, Jaime Sánchez Moreno “Residente Grado 2” del hospital antes referido, la residente, de quien desconozco su nombre debido a que no me lo quisieron proporcionar, empezaron a tratar aún más violentamente a mi esposa, diciéndole: “Aquí no hay ningún dios tuyo ni de nadie, aquí únicamente estamos nosotros y se hace lo que nosotros decimos, así que haz lo que te decimos o te amarramos”, empujándola en ese momento la médico residente.

TERCERO: Los residentes antes mencionados dejaron dos horas en observación a mi esposa, pasándola en lo sucesivo a piso, con indicaciones médicas para hacerme revisiones y cerciorarse de que expulsara totalmente la placenta que le habían dejado adentro, añadiendo que tendría que estar regresando a revisiones cada dos días para verificar que hubiera arrojado hasta el último pedazo de placenta.

Acudimos a las tres citas que nos indicaron en el Hospital General “Dr, Miguel Silva” después de que dieron de alta a mi esposa, sin embargo el día 27 de agosto del año en curso regresamos al hospital antes mencionado debido a que mi esposa tenía sangrado abundante, dolor muy intenso en la región abdominal y lumbar. Llegamos a las 7am al Hospital General “Dr. Miguel Silva”, en donde pasaron a mi esposa hasta las 10:00 horas a urgencias obstétricas y de ahí casi inmediatamente a toco cirugía. Mi esposa ingresó a cirugía a las

11:00 horas, durando aproximadamente seis horas en quirófano. Posteriormente la bajaron a terapia intensiva, en donde siguió con sangrado, con hemorragia y la razón de esto fue porque le extirparon medio útero, y el Dr. Tamayo mencionaba que la hemorragia se debía a que posteriormente no habían tapado o cerrado un arteria, por lo que nuevamente la ingresaron a cirugía para realizarle “la ligadura arteria hipogástrica”, porque el Dr. Tamayo comentó que de lo contrario no pasaría la noche, durando aproximadamente dos horas y media en quirófano, y regresando a terapia intensiva totalmente sedada y entubada, sin omitir añadir que le hicieron transfusiones de sangre correspondientes a nueve unidades, falleciendo el día 29 de agosto del año en curso...” (fojas 1 a 2).

3. Con fecha 8 de septiembre de 2016, se admitió en trámite la queja, por lo que se requirió el informe a la autoridad señalada como responsable, a lo cual la autoridad señalada como responsable envió un escrito de fecha 22 de septiembre de 2016, suscrito por Adolfo Leyva López, Jefe de Ginecología y Obstetricia del Hospital General “Dr. Miguel Silva”, el cual solo se limita a realizar un resumen clínico, sin señalar detalles de los hechos, señalando lo siguiente:

“La paciente inicia su padecimiento el día 04/08/2016 11:45 horas acude al servicio de urgencias obstétricas del Hospital general “Dr. Miguel Silva”, por presentar embarazo de 37.3sdg, con presencia de dolor tipo obstétrico. Durante la exploración encontramos paciente con embarazo de 37.3 sdg, con producto único, vivo, con trabajo de parto en fase activa. Se ingresa para resolución del embarazo vía vaginal. Se atiende parto vaginal el 04/08/2016 13:30 horas donde se recibe un producto del sexo femenino con un peso de 2810grs. Como antecedente importante durante el alumbramiento se encuentra dificultad para extracción de la placenta realizándose de manera manual, sin embargo, se deja la cavidad virtualmente limpia. La evolución de la paciente durante sus primeras

horas es favorable por lo que se decide su alta el 05/08/16 a las 8:00hrs por mejoría clínica. La paciente acude el día 06/agosto/2016 23:55hrs por presentar sangrado transvaginal en cantidad moderada, fétida, dolor en hipogastrio. En el servicio de urgencias obstétricas se encuentra una paciente con los siguientes signos vitales TA: 100/60 mmHg, FC 88 x', FR 22x', Temp 36.6 Afebril. A la exploración física abdominal se encuentra útero subinvolucionado a 6 cm por debajo de la cicatriz umbilical, al tacto bimanual útero de 12x8 cm, cérvix permeable, presencia de loquios hemáticos escasos, no fétidos, se realiza estudios paraclínicos y de imagen. Biometría hemática nos reportan Hemoglobina de 11.7mg/dl Hematrocito 34.5 Leucocitos 11.8 TP 12.8 TPT 29.5 Hemotipo A (+). Ultrasonido endovaginal 06/08/2016 con reporte de útero en anteversión con diámetros de 130x80x93mm, endometrio central, heterogéneo de predominio hiperecigenico hacia el fondo uterino, engrosado mide 24.3mm, cérvix abierto, sin realce a la aplicación de Doppler color y Doppler poder y con escaso liquido en fondo de saco uterino. Comentario datos ecográficos sugestivos de retención de restos de placentarios. Se diagnostica como paciente en puerperio fisiológico mediato más probable endometriosis vs retención de restos placentarios, se decide dar manejo con antibioticoterapia y ergotaminico. Durante su estancia intrahospitalaria la paciente se mantiene asintomática, afebril, motivo por el cual se decide su egreso el 08/Agosto/2016 a las 8:00hrs como diagnostico final de puerperio complicado mediato más deciduoendometritis.

El 27 de Agosto del 2016 la paciente acude con facultativo por medio privado ya que persistía con sangrado uterino, el cual la envía a la institución con un reporte de ultrasonido donde marcaba engrosamiento endometrial de 2 cm, por lo que la paciente acude al servicio de urgencias de ginecobstetricia del Hospital General "Dr. Miguel Silva" refiriendo sangrado transvaginal acompañado de dolor tipo cólico. Niega otra sintomatología y fiebre. En el servicio se hace revisión de la paciente donde encontramos los siguientes signos vitales TA 123/85mmHg, FC 78x' FR20x' Temperatura de 36.7 grados

afebril. A la exploración física paciente consciente, orientada, palidez de tegumentos csps bien ventilados, rscs rítmicos, abdomen blando, depresible con fondo uterino 2 cm arriba de la sínfisis del pubis, al tacto vaginal útero de 12x9x7 cm, loquios escasos, no fétidos, móvil no doloroso, resto normal. Se decide ingresar a las 11:10 am para antibioticoterapia y realizar legrado uterino por aspiración. Se solicita estudios paraclínicos con biometría hemática. Leucocitos 8.4 Hemoglobina 12.4 Hematrocito 38.6 Plaquetas 268 mil, TP 13.3 TPT 25.8. Se realiza un rastreo ultrasonografico donde se observa un eco endometrial de 2 cm heterogéneo, sin presencia de gas en su interior. Se ingresa con la siguiente impresión diagnóstica Puerperio tardío complicado con sangrado uterino secundario a probable retención de restos placentarios vs subinvolucion del lecho placentario vs endometritis.

La paciente se ingresa al quirófano para realizar legrado uterino por aspiración a las 15:20 horas donde se encuentra un útero anteversoflexion, se coloca especulo vaginal, se observa cérvix de características normales y se pinza para realizar histerometría con una medida de 12 cm, útero móvil, no doloroso se procede con cánula de aspiración a realizar aspirado de la cavidad uterina donde se extraen 70 ml de material formado, sin embargo, durante el evento se observa sangrado transvaginal abundante de características rojo rutilante, se procede a utilizar uterotonicos (oxitocina, ergotrate, lonactene, misoprostol) pero no se revierte la hemorragia, por lo que en ese momento se piensa en dehiscencia de histerorrafia, desgarró de la histerorrafia probablemente al momento de la tracción del cérvix, atonía uterina y perforación uterina. Se decide realizar laparotomía exploradora donde se encuentra hemoperitoneo 100ml, perforación uterina cerca de la histerorrafia de aproximadamente a 2 cm, por lo que se procede a la reparación de la pérdida de la continuidad, sin embargo, se observa la presencia de un punto sangrante en un útero friable, por lo que se decide realizar desarterializacion tipo zirulnikoft, no se observa disminución del sangrado lo que lleva a decidir realizar histerectomía subtotal obstétrica a las 16:40 hrs. Se realiza cuantificación del sangrado donde por el

legrado uterino se cuantifica de 700ml y 1500 sumando el sangrado del legrado uterino y la histerectomía subtotal. Durante el transoperatorio la paciente presenta datos clínicos de shock hipovolémico, por lo que por parte del servicio de anestesiología se decide realizar anestesia general y se intuba a la paciente, se da manejo con el uso de aminas y se transfunden 2 paquetes globulares, 2 plasmas frescos congelados, 2 concentrados plaquetarios. A la exploración abdominal encontramos herida quirúrgica sangrante y presencia de gasto hemático activo por el drenaje tipo PENROSE cuantificado con 200ml, por lo que se piensa en un hemoperitoneo, se decide pasar por segunda ocasión a quirófano para realizar laparotomía exploradora, cuenta con estudios paraclínicos con biometría hemática con hemoglobina de 8.5mg/dl, plaquetas 198. TP 15.4 TPT 35.7. A las 22:00 hrs se decide realizar laparotomía obstétrica subtotal más shock hipovolémico grado IV más sangrado activo. Durante la laparotomía encontramos hemoperitoneo de aproximadamente 50ml, se observa hematoma de cúpula vaginal disecante hacia ligamento ancho cuantificado de 50 ml, se procede a realizar ligadura de arterias hipogástricas, evento que se lleva a cabo con mínimo sangrado y posteriormente se disecciona el hematoma, se da por terminado el evento quirúrgico en el cual se nos da un sangrado aproximado de 200ml. Durante el transoperatorio se transfunden 2 paquetes globulares y 2 plasmas frescos. Se envía al servicio de UTI con los siguientes signos vitales TA 118/60 mmHg, FC 114 x FR 20x´ Sat O2 90% con apoyo ventilatorio y aminas. Con una gasometría: Lactato 2.6, Pco2 69 diagnosticándose con ACIDOSIS MIXTA. Los diagnósticos postquirúrgicos son PO LUA + PO HTA subtotal + PO Ligadura de hipogástricas + PO drenaje de cúpula vaginal + Acidosis mixta.

Durante la estancia en la UTI se transfunden 2 paquetes globulares y 2 plasmas frescos. Se decide disminuir el aporte de aminas. Se observa la presencia de secreciones asalmonadas en tubo orotraqueal motivo por el cual se decide realizar tele de tórax cuyo reporte es Edema agudo de pulmón. En ese momento la paciente se encontraba con signos vitales TA 110/70mmHg, FC

110x', FR 30x', Sat 02 95%, con una uresis en 8 horas de 600ml. La paciente se da manejo con vasopresores, manejo de la acidosis con MVI, doble cobertura antibiótica, sedo analgésica y relajante muscular.

El 28/08/16 11:00hrs Continua con apoyo ventilatorio con una saturación del 96%. Con apoyo aminérgico logrando una TA limítrofe. No datos de sangrado activo.

Se recaban estudios paraclínicos donde se reporta en citometría hemática: leucocitos 24.0 hemoglobina de 13.1 Hematrocito 40.3 plaquetas de 284 mil.

El 29/08/16 a las 1:45 hrs presenta paro cardíaco se inician maniobras avanzadas de resucitación cardiopulmonar con presencia de taquicardia ventricular sin pulso, se realiza desfibrilación saliendo a actividad eléctrica sin pulso, se logra retorno espontaneo de la circulación a las 2:00hrs, y a los pocos minutos presenta nuevo paro cardíaco, se reinician maniobras siendo infructuosas por lo que se declara a las 2:15 horas fallecimiento de la paciente.

Se dan los diagnósticos de defunción.

Shock hipovolémico más acidosis láctica.

Hemorragia obstétrica.

Hipotonía uterina" (fojas 21 a 23).

- 4.** A su vez, el quejoso mediante escrito presentado con fecha 5 de octubre de 2016, ante esta Comisión, se inconformo con el informe rendido por parte de las autoridades señaladas como responsables, señalando lo siguiente:

"El resumen clínico realizado, autorizado y firmado por el Doctor Adolfo Leyva López, Jefe de Ginecología y Obstetricia del Hospital General "Dr. Miguel Silva", es deficiente y cae en múltiples contradicciones, pero en partes nos da la razón y deja ver la negligencia médica con que actuaron los médicos de tal institución hasta llegar a provocarle la muerte a mi pareja XXXXXXXXXXXXXXXX, además le refiero que ese documento presentado es un resumen clínico, mas no un historial médico, que es lo que deben presentar, ya que mi pareja tuvo

un seguimiento de embarazo NORMAL, NUNCA SE LE propuso la idea de realizar cesaría, por tal razón jamás debió suceder lo que hoy mi familia y yo estamos viviendo, el deceso de mi pareja.

En fecha 04/08/2016 Ingresa mi pareja la XXXXXXXXXXXXXXX con el diagnostico de embarazo de 37.3 semanas de gestación en trabajo de parto activo (es decir a punto de parir), ya encontrándose en expulsivo me refirió XXXXXXX que se le aplico intramuscular en su pierna un medicamento que ella en ese momento pregunta de que era y se le refirió que era oxitocina a lo cual se negó, pero aun su negativa se le aplico.

Se sabe que la oxitocina es un medicamento para inducir un trabajo de parto o se utiliza también para ayudar a la contractilidad uterina para evitar hemorragias por lo cual no estaba justificado que se le administrara este medicamento ya que se encontraba en fase expulsivo.

Comentan en dicho resumen clínico, que La atención de parto fue el 04/08/2016 a las 13:30 horas del día siendo que ellos hacen constar en la constancia de nacimiento del recién nacido que la atención del parto fue el mismo día, pero a las 12:59 horas del mismo, un ejemplo de sus contradicciones, ya que estos médicos, ni siquiera recuerdan lo que dejaron asentado en la propia constancia de nacimiento.

Comentan en donde fue su atención que se extrae placenta en forma manual dejándola virtualmente limpia; pero mi pareja XXXXXX me comento que se le introdujo la mano en 3 ocasiones, además de tacto rectal, sin causa justificada y sin ningún tipo de analgesia y se le extrajo en fragmentos la placenta, considerando que uno de los efectos de la oxitocina es ayudar a la contractilidad uterina esto puede ser ocasionado por la aplicación de la misma antes del nacimiento del producto, es decir, si ya nos habían avisado que la bebe ya estaba lista para nacer, como es que los residentes mencionados en la queja presentada por el suscrito, le aplican esa inyección, no tuvieron tiempo de sacar la placenta y dejar limpio totalmente el útero, no quiero ni siquiera pensar que por estar realizando situaciones que no iban al caso, cometieron

una negligencia médica, llegando al caso incluso de la violación, ya que no tenían que introducir el dedo en el ano de mi pareja.

Al llevarla a su cama después de su atención se nos comenta que estuviéramos muy pendientes porque seguramente estaría expulsando restos de placenta y que más tarde la volverían a revisar, durante las pocas horas de estancia hospitalaria si presento salida de restos yo personalmente informo al personal que si eso era los restos que se les había comentado, se le informa que sería revisada nuevamente lo cual nunca paso y así fue egresada a su domicilio el día 05/08/2016 a las 8:00 am por mejoría clínica, considerando la evolución del parto y del alumbramiento de la paciente requería de mayor tiempo de vigilancia por la referencia del alumbramiento de difícil extracción debiendo corroborar que efectivamente no tenía ningún resto placentario.

Ingresa nuevamente el día 06/08/2016 por identificar la paciente que presenta mayor aumento en su sangrado refiriéndolo mayor a su menstruación y dolor abdominal bajo, se le realizó ultrasonido el cual les reporto datos sugestivos de retención placentaria y se diagnostica como puerperio fisiológico mediato más probable endometriosis vs retención de restos placentarios decidiendo solo manejo con antibiótico y ergotaminina y se nos comenta le realizarían un legrado al día siguiente por la mañana, el cual no se le realizó y permaneció hasta el 08/08/2016 con antibióticos y se egresa nuevamente a su domicilio, considerando aquí que ya no se trataba de un puerperio fisiológico sino patológico por los diagnósticos establecidos en ese momento de su reingreso y por el antecedente de la difícil extracción de placenta.

Al ser dada de alta por segunda ocasión ya el diagnostico no fue el mismo que al ingresar poniendo ahora como puerperio complicado más desiduoendometritis considerando que la desiduoendometritis es causa principal de infección puerperal.

Aun así en nuestro domicilio continuo con sangrado pero ahora ya era fétido, olía muy mal, acompañándose de escalofríos, fiebre y ataque al estado general por lo que regresa nuevamente al hospital civil el día 13/08/2016 llegando a

urgencias, permaneciendo ahí por espacio 2 horas sin ser atendida y es donde yo acudo a la subdirección atendiéndolo Mario Yáñez acudiendo este conmigo a urgencias y él es quien logra sea atendida en ese momento donde nuevamente se ingresa es manejada nuevamente con antibióticos. Es egresada nuevamente el 15/08/2016 comentándome que continuaría arrojando de placenta y le otorgaron más medicamentos.

El 26/08/2016 al continuar la misma situación pero con agravamiento de su sintomatología decidimos acudir con médico particular el cual realiza ultrasonido pélvico y nos comenta que el útero esta inflamado y presenta restos placentarios y nos dice que acudamos nuevamente al hospital para la realización de un legrado y le llamo vía telefónica a un Dr. Omar para que ella se dirigiera con él y se le resolviera su problema al día siguiente llegamos al hospital donde es valorada y nuevamente se le practica un ultrasonido nuevo dando diagnóstico de puerperio tardío complicado con sangrado uterino secundario a probable retención de restos placentarios vs sub involución del lecho placentario vs endometritis practicándosele legrado uterino por aspiración como hallazgos encuentran 70 milímetros de material formado, identificando en ese momento hemorragia importante la cual no controlan y se decide realizar laparotomía exploradora encontrando perforación uterina lo cual es lógico pensar por el tiempo de evolución y la friabilidad de los tejidos, además se sabe que la sub involución del lecho placentario es debida a la retención de restos placentarios, considerando la evolución de la paciente esto pudo ser evitado si se le hubiere practicado el legrado desde el inicio de la sintomatología y el antecedente de la extracción placentaria difícil y si nos basamos en los estudios diagnósticos de gabinete que se le realizaron todos coinciden en la presencia de restos placentarios pudiéndose evitar el desenlace que este caso presento (fojas 217 a 220).

a) Con fecha 25 de octubre de 2016, se llevó a cabo la audiencia de ofrecimiento, admisión y desahogo de pruebas (fojas 230 a 231), dentro de la cual las partes no pudieron llegar a un acuerdo conciliatorio, por lo que se decretó la apertura del periodo probatorio con la finalidad de que las partes allegaran a esta Comisión los medios de convicción que consideraran pertinentes para comprobar su dicho, de igual forma esta Comisión de oficio recabó las pruebas que estimó conducentes para la resolución del asunto y una vez agotada la etapa probatoria se emitió el acuerdo de autos a la vista que pone fin a la investigación de queja, con la finalidad de que se emitiera la resolución que conforme a derecho corresponda.

EVIDENCIAS

5. Respecto a los hechos presuntamente violatorios de los derechos humanos, atribuidos a la autoridad señalada como responsable, se cuenta en el expediente de queja con las siguientes pruebas:

- a)** Queja presentada por comparecencia por parte de XXXXXXXXXXXXXXXX, con fecha 7 de septiembre de 2016 (fojas 1 a 2).
- b)** Informe rendido por parte del médico Adolfo Leyva López, Jefe de Ginecología y Obstetricia del Hospital General “Dr. Miguel Silva” (fojas 20 a 23).
- c)** Expediente clínico de la finada XXXXXXXXXXXXXXXX, integrado por parte del personal adscrito al Hospital General “Dr. Miguel Silva” (fojas 24 a 214).
- d)** Escrito presentado ante esta Comisión con fecha 5 de octubre de 2016, mediante el cual el quejoso se inconforma con el informe (fojas 217 a 220).

- e) Copia simple de la denuncia presentada por el quejoso ante la Procuraduría General de Justicia en el Estado (fojas 221 a 224).
- f) Copias certificadas de la carpeta de investigación 1003201647575, mismas que se sigue en contra de XXXXXXXXXXXX y otros, por el delito de homicidio simple (fojas 242 a 480 y 496 a 781).
- g) Copia simple del acta de defunción de XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX (foja 483).
- h) 2 placas fotográficas en las que se muestra una placa de metal de aproximadamente 6 centímetros de altura por 3.3 centímetros de ancho (foja 484).
- i) Opinión médica de fecha 24 de abril de 2017, en relación al expediente clínico de la finada XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, signado por Camilo Ernesto Luna Román, médico adscrito a la omisión Estatal de los Derechos Humanos (fojas 489 a 491).

CONSIDERANDOS

I

6. De la lectura de la queja se desprende que el quejoso atribuye al “Dr. Tamayo”, al médico José González, responsable de los médicos residentes de Ginecología, al médico Eugenio Castillo Huerta, Subdirector del nosocomio, todos adscritos al Hospital General “Dr. Miguel Silva”, violaciones de derechos humanos a:

- **Derecho a la Protección de la Salud:** Acciones y omisiones que transgreden el derecho a la protección de la salud, consistente en inadecuada atención médica.

7. De conformidad con el artículo 96 de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Michoacán de Ocampo, este órgano estatal de control constitucional no jurisdiccional tiene la facultad para conocer de quejas en contra de actos u omisiones de naturaleza administrativa, provenientes de cualquier autoridad o servidor público estatal que violen los derechos humanos reconocidos en dicha constitución y en los tratados internacionales suscritos por el Estado Mexicano, por ello este Ombudsman aclara que no es su competencia demostrar la culpabilidad o inocencia respecto a las acciones u omisiones de cualquiera de las partes que pudieran constituirse como delito, toda vez que dicha investigación y determinación corresponde a los órganos de procuración de justicia y jurisdiccionales, respectivamente.

8. De conformidad con el artículo 89 de la Ley que nos rige, en el presente asunto opera la suplencia en la deficiencia de la queja en lo que corresponda.

II

9. A continuación se procede al análisis de los ordenamientos que sustentan la actual situación jurídica de la parte agraviada dentro de los actos que reclama como violatorios de derechos humanos.

10. Es la prerrogativa que tiene toda 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.

11. El fundamento de dicho derecho, dentro de nuestra Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos se encuentra en el artículo 4º, párrafo tercero, mismo que mandata 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.

12. A su vez, el Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales, en su numeral 12.1 señala los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

13. En la Declaración Universal de Derechos Humanos, en su numeral 25.1 se establece que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

14. Continuando con lo ya expuesto en la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, en su diverso XI, señala que toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad.

15. A su vez, la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Michoacán en su artículo 9 dispone que para el despacho de los negocios del orden administrativo encomendados al Gobernador del Estado tendrá, entre otras dependencias, a la Secretaría de Salud. Por lo que a su vez en el diverso 31 se plasman las atribuciones de la Secretaría de Salud, teniendo, entre otras, la de coordinar los programas y servicios de salud de toda dependencia o entidad pública o privada, en los términos de las leyes de la materia y de los convenios de coordinación, así como la de asegurar a la población, la adecuada organización y operación de los servicios de atención médica, materno infantil, planificación familiar, salud mental y educación para la salud.

16. La Ley General de Salud (LGS) en su artículo 2, prevé como finalidades del derecho a la protección las siguientes: el bienestar físico y mental del hombre para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades; la prolongación y el mejoramiento de la calidad de vida humana; la protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuven a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social; la extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud; el disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfaga eficaz y oportunamente las necesidades de la población; el reconocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud y el desarrollo de las enseñanzas y la investigación científica y tecnológica para la salud.

17. A su vez, dentro del mismo ordenamiento, pero en su artículo 3° dispone: “El derecho a la protección de la salud tiene las siguientes finalidades, fracción

V, el acceso equitativo de los servicios de salud y asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población.

18. De igual forma la Ley ya citada, en su artículo 6º señala: Corresponde a la Secretaría de acuerdo a lo señalado por la Ley General de Salud, organizar, operar, supervisar y evaluar las siguientes materias de salubridad general: [...]. II. La prestación de los servicios de Salud materno-infantil.

19. El artículo 27 del anterior ordenamiento prevé como servicios básicos los siguientes: la educación para la salud; la promoción del saneamiento básico y el mejoramiento de las condiciones sanitarias del ambiente; la prevención y el control de las enfermedades transmisibles de atención prioritaria, de las no transmisibles más frecuentes y de los accidentes; la atención médica, que comprende actividades preventivas, curativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias, la atención materno-infantil, la planificación familiar, la salud mental, la prevención y el control de las enfermedades bucodentales, la disponibilidad de medicamentos y otros insumos esenciales para la protección de la salud la promoción del mejoramiento de la nutrición y la asistencia social a los grupos más vulnerables.

20. También resultan indispensable la observancia de las Normas Oficiales Mexicanas (NOM) relativas a la prestación del servicio de salud, en su calidad de instrumentos legales que contienen criterios fundamentales, cuyo propósito es mejorar la calidad en los servicios de salud que prestan las instituciones del país, entre las cuales se encuentran las que tienen con ver con: a) carácter preventivo; b) en materia de prestación de servicios médicos; c) trato adecuado a los usuarios de los servicios de salud (de carácter técnico-

administrativo, de capacitación, de infraestructura y administrativas) y de carácter técnico-clínico (equipamiento).

21. En ese entendido, cualquier actuación u omisión por parte de los servidores públicos que no observen los fundamentos antes estudiados, cometen una violación de derechos humanos en perjuicio de las personas.

III

22. Una vez estudiado en párrafos anteriores el marco jurídico así como analizadas las pruebas que integran el expediente de queja **MOR/528/16** se desprende que quedaron acreditados actos violatorios de derechos humanos practicados por quien resulte responsable del personal adscrito al Hospital General “Dr. Miguel Silva” en base a los argumentos que se expondrán a continuación.

23. El quejoso dentro de su narración de queja señaló que el día 4 de agosto de 2016, su esposa ingreso al Hospital General “Dr. Miguel Silva” debido a que estaba embarazada y se encontraba a punto de dar a luz, por lo que en ese fecha se alivió, señalando que en ese momento sufrió de violencia obstétrica por parte de residentes del citado nosocomio, por lo que al salir del parto la finada le comento al quejoso lo sucedido precisando que solo fue atendida por médicos residentes sin contar con la supervisión de un médico de base, precisando que los mismos dieron la instrucción de que se le suministrara una inyección para que dilatara más rápido, a lo cual el quejoso señala que su esposa entro a quirófano con labor de expulsión, especificando que contaba con 7 u 8 grados de dilatación y según narra el quejoso la finada les pidió que

no le suministraran tal medicamento; así mismo al realizarle el tacto precisa que uno de los residentes introdujo tres o cuatro veces su mano en la vagina de su esposa, lastimando su útero, aunado a ello le introdujo su mano por el recto.

24. Asimismo, al momento de haber expulsado al bebe, los residentes trataron de sacar la placenta, pero solo lograron sacarla en pedazos, pero no por completo, ya que cerro muy pronto la zona pélvica, mientras tanto la finada sentía mucho dolor, sufriendo violencia psicológica según lo señala el quejoso por parte de los residentes, posteriormente los mismos la dejaron en observación por un intervalo de dos horas, pasándola a piso posteriormente solo con indicaciones médicas para cerciorarse de que había expulsado la placenta por completo, dichas indicaciones no se cumplieron, dándola de alta de esta forma, solo señalando que debían de acudir a citas periódicas, lo cual de acuerdo con la queja hicieron, esto hasta el 27 de agosto de 2016, ya que la finada nuevamente acudió al nosocomio debido a que presentaba una hemorragia, así como dolor en la región abdominal y lumbar, llegando a dicho hospital desde las 7 am, siendo atendida hasta las 10 am, ingresándola a toco cirugía, continuando con la hemorragia, señalando el quejoso que la razón de dicha hemorragia era debido a que le había extirpado medio útero, señalándole uno de los doctores que dicho sangrado podía ser debido a que no habían tapado una arteria, así que nuevamente la ingresaron a cirugía para reparar dicha arteria, el mismo médico le informo al aquí quejoso que de no ingresarla nuevamente probablemente no pasaría la noche, posteriormente regresaron a la finada a terapia intensiva completamente sedada y entubada, falleciendo posteriormente el día 29 de agosto de 2016 (fojas 1 a 2).

25. Por su parte, Martha Isabel González Pérez, Subdirectora médica del Hospital General “Dr. Miguel Silva” remite oficio exponiendo lo siguiente:

“Al respecto se le remite a sus finas atenciones lo solicitado, se anexa copia certificada del expediente clínico de la C. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, así como informe del servicio de Ginecología y Obstetricia” (foja 19).

26. Ahora bien, dentro de autos obra el expediente clínico de la finada XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, tal y como lo refiere la subdirectora del nosocomio, pero a diferencia de dicho expediente clínico, no se encuentra el informe pormenorizado de los hechos toda vez que Adolfo Leyva López, Jefe de Ginecología y Obstetricia del Hospital General “Dr. Miguel Silva”, se limita a remitir a este Organismo un resumen clínico de los padecimientos que afectaron a la finada a partir del momento del alumbramiento, hasta la fecha en la que falleció.

27. Ahora bien dentro de las constancias que integran el expediente de queja se encuentra la opinión médica emitida por el médico adscrito a este Organismo, dentro de la cual se analizó el expediente clínico de la finada XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, mismo que concluye lo siguiente:

“ANÁLISIS. El diagnóstico establecido en el certificado de defunción (choque hipovolémico acidosis láctica) se puede asociar con los padecimientos descritos en el expediente (hemorragia obstétrica e hipotonía uterina), así mismo estos padecimientos se pueden asociar con los antecedentes documentados de la paciente (enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) y puerperio tardío complicado con sangrado uterino anormal por retención de restos placentarios vs endometritis). Destaca:

- 1. La paciente con antecedente de EPI y cesárea previa, lo cual se considera un factor de riesgo para el embarazo-puerperio.*

2. *Se reporta “dificultad para la extracción de la placenta” durante el parto. Requiriendo maniobra para dejar cavidad virtualmente limpia.*
3. *Reporte de imagenología (ultrasonido) que sugiere “retención de restos placentarios” el día 06 de Agosto de 2016.*
4. *No se documenta hipertemia o leucocitosis, dato no confiable, ya que la paciente recibió antibioticoterapia.*
5. *Dolor en hipogastrio y sangrado transvaginal fétido documentado el día 06 de Agosto de 2016.*
6. *Antecedentes de hospitalizaciones previas por hipertermia y sospecha de tuberculosis (sin confirmación).*
7. *Reporte de patología miometritis aguda inespecífica y útero en involución el día 28 de agosto de 2016.*
8. *El tratamiento definitivo a la retención de restos placentarios es el legado.*

De acuerdo a lo expresado por la OMS la atención médica brindada en el Hospital General “Dr. Miguel Silva” puede ser evaluada con base a que:

- a) *No se cuenta con los elementos necesarios para considerar la atención médica oportuna, puesto que desde el día 06 de agosto de 2016 se pudo realizar un procedimiento diagnóstico-terapéutico que en su momento pudo hacer el pronóstico menos grave.*
- b) *No se cuenta con elementos para determinar si la atención médica brindada es profesional, ya que esto es menester de quien contrata y asigna al personal.*
- c) *La atención médica brindada por el Hospital Civil “Dr. Miguel Silva” se considera idónea de acuerdo a la evidencia médica actual y la normatividad vigente.*
- d) *Se cuenta con elementos necesarios para considerar la atención médica responsable, ya que se cuenta con “consentimiento informado” requisitado de manera suficiente.*

VII.-CONCLUSIÓN.

La atención Médica brindada por el Hospital General “Dr. Miguel Silva” no se puede considerar adecuada, ya que carece de oportunidad” (sic) (fojas 489 a 491).

28. De tal opinión médica se presume que las complicaciones resultantes en la finada, pudieron atenuarse de manera significativa si hubiese sido atendida de forma correcta en el momento indicado, es decir, si se le hubiera practicado un legrado dos días después del parto, que sería el día 6 de agosto de 2016, cuando se presenta nuevamente en el nosocomio, con sangrado transvaginal, dolor abdominal, esto de acuerdo con lo que señala la autoridad y obra dentro de las constancias que integran el expediente de mérito; por lo que con dicho legrado se eliminaría todo residuo placentario que hubiese quedado en el útero de XXXXXXXXXXXXXXXX, atenuando de esta forma las consecuencias obtenidas en el presente asunto; lo anterior tomando como referencia la opinión médica emitida por el médico adscrito a esta Comisión, en el punto número 8 del apartado de análisis.

29. Aunado a lo ya dicho, la Norma Oficial Mexicana (NOM) 007-SSA2-2016, dentro del numeral 5.5.17 precisa que “Para el manejo activo del periodo de parto se recomienda [...] revisar que la placenta y sus membranas estén completas, verificar la integridad del canal del parto. Asimismo, comprobar que el útero esté contraído, el sangrado transvaginal sea escaso y los signos vitales sean normales. La aplicación de otros uterotónicos será de acuerdo al criterio médico basado en evidencia con atención personalizada y bajo vigilancia”, por lo que de acuerdo con tal normativa al dejar los médicos el útero “virtualmente limpio”, es decir, no se encontraba completamente limpio, aunado a lo dicho

por el quejoso que señala que dejaron a la finada en observación para que expulsara por completo los residuos placentarios, de lo cual se puede presumir que estaban cometiendo una irregularidad de acuerdo con la norma antes citada.

30. De lo ya dicho, se desprende que en ningún momento dentro del expediente clínico se particulariza acerca del razonamiento hecho por los médicos al haber dejado restos placentarios, toda vez que en ningún momento señalan la motivación que los llevo a solo suministrar medicamento a la finada y no practicarle algún procedimiento posterior al alumbramiento y de acuerdo a como ya se vio con antelación, no es regular mucho menos recomendado por la norma ya señalada, el dejar ese tipo de residuos después de un parto, agregando a lo ya dicho, el momento en el que el personal médico pudo haber hecho tal razonamiento, para poder excluirse de responsabilidad administrativa ante este Organismo, es al remitir el informe solicitado al admitir la queja en esta Comisión, pero contrario de ello, enviaron el resumen clínico de la finada a este Organismo, señalando simplemente lo siguiente:

*“...Como antecedente importante durante el alumbramiento se encuentra dificultad para extracción de la placenta realizándose de manera manual, sin embargo, **se deja la cavidad virtualmente limpia...**” (fojas 20 a 23).*

31. Con lo narrado con antelación, al señalar que se deja que la cavidad virtualmente limpia, no se precisa que se haya realizado el protocolo correcto para tal situación, tal y como ya se vio, ahora bien según señala el quejoso los médicos tratantes de su finada esposa solo fueron residentes adscritos a dicho hospital, tal dicho no se comprueba, toda vez que dentro de autos no obra medio de convicción que haga pensar a este Ombudsman que la atención recibida por la finada fue únicamente por parte de los médicos residentes

adscritos al Hospital General “Dr. Miguel Silva”, por lo cual se deja sin efectos lo dicho por el quejoso, ahora bien, ya que los médicos adscritos a dicho nosocomio tienen el deber de supervisar los procedimientos seguidos por los médicos residentes a su cargo, tal y como lo señala la NOM-001-SSA3-2012, la cual habla sobre las residencias médicas.

32. A la luz de tales evidencias, es necesario precisar que la inadecuada atención hospitalaria derivó en el posterior fallecimiento de XXXXXXXXXXXXXXXX, debido a las complicaciones surgidas a raíz del parto, mismas que probablemente se hubieren podido evitar dándole la adecuada atención a la finada, con esto este Ombudsman no está señalando alguna responsabilidad penal para los servidores públicos responsables, simplemente se está precisando que se hubiesen podido evitar las consecuencias que se presentaron en este caso, lo cual no fue así y en el momento del parto no se hubiere podido prever tales consecuencias.

33. Ahora bien, el acto violatorio de la presente resolución es sobre inadecuada atención médica, precisando que no se actualiza la negligencia médica ya que este Organismo no es el competente para hacer tal determinación, ya que la negligencia médica se encuentra tipificada dentro del Código Penal, por lo que tal determinación está reservada para los órganos encargados de impartir justicia, por lo cual se dejan expeditos los derechos del quejoso para acudir ante las instancias correspondientes y de esta forma hacer valer sus derechos.

34. Dentro del caso específico, es preciso señalar que la mala calidad de los servicios de salud en el país, posicionó a México en el lugar 55 de 64 países, según una comparación de la calidad de los servicios de salud de la OMS, esta

posición se debió no solo a la mala infraestructura y falta de equipo e insumos lo cual representa como ya se mencionó con anterioridad un serio problema, sino a problemas con el personal médico y administrativo.

35. Por lo que se observa que los servidores públicos que laboran en las instituciones encargadas de brindar atención médica, brindan un trato poco amable y hasta irrespetuoso a los pacientes y sus familiares, se ha constatado la inadecuada prestación del servicio médico y la deficiente atención materno-infantil durante el embarazo y el puerperio, trasgrediendo lo establecido por los artículos 32 y 33 de la ley General de Salud los cuales disponen que la atención medica es el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo con el fin de proteger, promover y restaurar su salud, y se deben de considerar como actividades de atención médica las preventivas, las curativas y las de rehabilitación física o mental, circunstancias que en la mayoría de los casos se dejan de observar.

36. Por lo tanto y una vez analizados los argumentos estudiados con antelación, este Ombudsman considera que el actuar de la autoridad transgredió la garantía tutelada en el artículo 4° párrafo tercero de la Carta Magna, mismo que consagra el derecho de toda persona a la protección de la salud, es por ello que se concluye que han quedado evidenciados actos violatorios del derecho humano a la **Protección de la Salud**, consistentes en **Inadecuada atención médica**, recayendo responsabilidad de estos actos a **quien resulte responsable del Hospital General “Dr. Miguel Silva” de Morelia, Michoacán.**

Reparación del daño

37. Según dispone el artículo 1º, párrafo tercero de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos: “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”.

38. La obligación de reparar los daños por violaciones a los derechos humanos y la de reconocer la responsabilidad objetiva y directa del Estado está contemplada en los artículos 1º y 113 del Pacto Federal, regulada por la Ley General de Víctimas, la cual establece que la reparación integral comprende las medidas de restitución, rehabilitación, compensación, satisfacción y garantías de no repetición, en sus dimensiones individual, colectiva, material, moral y simbólica. La víctima es toda aquella persona física que haya 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 (artículo 4).

39. Continuando con el citado cuerpo normativo, la reparación integral comprende la rehabilitación que busca facilitar a las víctimas hacer frente a los efectos sufridos por las violaciones de derechos humanos; la compensación ha de otorgarse a las víctimas de forma apropiada y proporcional a la gravedad de la violación de derechos humanos sufrida y teniendo en cuenta las

circunstancias de cada caso; la satisfacción que busca reconocer y restablecer la dignidad de las víctimas; las medidas de no repetición buscan que la violación de derechos sufrida por la víctima no vuelva a ocurrir, y la reparación colectiva entendida como un derecho del que son titulares los grupos, comunidades u organizaciones sociales que hayan sido afectadas por la violación de los derechos individuales de los miembros de los colectivos, o cuando el daño comporte un impacto colectivo. La restitución de los derechos afectados estará orientada a la reconstrucción del tejido social y cultural colectivo que reconozca la afectación en la capacidad institucional de garantizar el goce, la protección y la promoción de los derechos en las comunidades, grupos y pueblos afectados (artículo 27, fracciones II a VI).

40. Por lo anterior, esta Comisión Estatal de los Derechos Humanos, se permite formular respetuosamente, a usted Secretaria de Salud del Estado de Michoacán, las siguientes:

RECOMENDACIONES

PRIMERA. De vista al encargado de la Dirección General de Asuntos Jurídicos de la Secretaria de Salud en el Estado para que con arreglo de las facultades que le han sido conferidas por la Ley Orgánica de esa Secretaria, como autoridad competente para atender quejas y denuncias por la Comisión de Faltas Administrativas en los términos de la Ley de Responsabilidades y Registro Patrimonial de los servidores públicos del Estado de Michoacán y sus municipios, de inicio a la investigación correspondiente respecto a los hechos realizados por personal de esa Secretaria que constituyeron claramente una violación al Derecho a la Protección a la Salud consistente en

inadecuada atención médica; para que de acuerdo a la gravedad de la conducta se sancione al (os) responsables, la cual deberá analizar la gravedad de la falta a fin de que la severidad de la sanción aplicada corresponda a la misma; debiendo de informar a esta comisión del inicio de la investigación hasta la conclusión del procedimiento respectivo.

SEGUNDA. Girar instrucciones a quien corresponda para que se capacite al personal del Hospital General “Dr. Miguel Silva”, a fin de que en el ejercicio del servicio público rijan su actuar apegados a la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, así como a las leyes y reglamentos aplicables y a los principios de legalidad, objetividad, eficiencia, profesionalismo, honradez y respeto a los derechos humanos, en términos de lo dispuesto en el artículo 21, párrafo noveno, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, remitiendo a esta Comisión Estatal las constancias que acrediten su cumplimiento.

TERCERA. Diseñar e impartir un curso integral sobre derechos humanos a los servidores públicos del Hospital General “Dr. Miguel Silva”, con el fin de que en lo sucesivo se evite vulnerar el Derecho a la Protección de la Salud en el desempeño de sus funciones.

CUARTA. Se dé vista a la Comisión Ejecutiva Estatal de Atención a Víctimas para que se ingresen al Registro Estatal de Víctimas a los familiares de la agraviada que presenten daños emocionales y de cualquier otra índole y se adopten las medidas que resulten pertinentes para la atención, asistencia, apoyo y reparación integral, conforme a la Ley General de Víctimas y demás disposiciones aplicables.

QUINTA. En casos como el presente, las garantías de no repetición adquieren una mayor relevancia como medida de reparación, a fin de que hechos

similares no se vuelvan a repetir y contribuyan a la prevención. En este sentido, la Comisión hace hincapié en que se debe prevenir la recurrencia de violaciones a los derechos humanos como las descritas en este caso y, por ello, adoptar todas las *medidas* legales, administrativas y de otra índole que sean necesarias para hacer efectiva la observancia de los derechos humanos de las personas.

De conformidad con el artículo 114 de la actual Ley de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Michoacán de Ocampo, deberá dar respuesta sobre la aceptación de esta recomendación, dentro de los 10 días naturales siguientes a su notificación y remitir pruebas de cumplimiento dentro de un término de 15 días naturales siguientes a la fecha en que se haya concluido el plazo para informar sobre su aceptación.

La falta de presentación de pruebas dará lugar a que se interprete que la presente Recomendación no fue aceptada, quedando este Ombudsman en libertad para hacer pública esta circunstancia. (Numeral 118 de la Ley vigente que rige al Organismo)

Llamo su atención sobre el artículo 115 fracción I de la Ley de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Michoacán de Ocampo que a la letra dice: “Cuando las recomendaciones emitidas no sean aceptadas o cumplidas, se procederá conforme a lo siguiente: La autoridad o servidor público de que se trate deberá fundar, motivar y hacer pública su negativa, y atender el llamado en su caso del Congreso, a comparecer a efecto de que expliquen el motivo de su negativa;” en concordancia a lo que establece el artículo 1º párrafo tercero de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos mismo que señala: “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.”

ATENTAMENTE

MAESTRO VÍCTOR MANUEL SERRATO LOZANO

PRESIDENTE

