

DR. JESÚS PAVEL PLATA JARERO
SECRETARIO DE SALUD DEL
GOBIERNO DEL ESTADO DE NAYARIT.
P R E S E N T E.

LA COMISIÓN DE DEFENSA DE LOS DERECHOS HUMANOS PARA EL ESTADO DE NAYARIT, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 102 Apartado “B” de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 101 de la Constitución Política del Estado de Nayarit; en relación con los artículos 1, 2 fracción X, 15, 18 fracciones IV y VI, 25 fracción VIII, 102, 103, 104, 105, 106, 110 y demás relativos y aplicables de la Ley Orgánica que la rige, ha examinado los elementos contenidos en el expediente número **DH/203/2016**, relacionado con la queja radicada con motivo de la comparecencia de la C. **Q1**, quien manifestó actos presuntamente violatorios de derechos humanos, cometidos en agravio de su hermano **V1**, consistentes en **NEGATIVA O INADECUADA PRESTACIÓN DEL SERVICIO PÚBLICO OFRECIDA POR DEPENDENCIAS DEL SECTOR SALUD**, atribuidos a diversos servidores públicos adscritos al Hospital Civil “Dr. Antonio González Guevara” de Tepic, Nayarit.

Con el propósito de proteger la identidad de las personas involucradas en los hechos y evitar que sus nombres y datos personales sean divulgados, se omitirá su publicidad, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 6º, Apartado A, fracción II, y 16, párrafo segundo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 7, fracción XII, de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Nayarit; 67 de la Ley Orgánica de la Comisión de Defensa de los Derechos Humanos para el Estado de Nayarit, y 11 de su Reglamento Interior, en relación con los artículos 2º, fracciones VI y XII, 3º, fracción IV, 20 y 21 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Nayarit. Esta información solamente se pondrá en conocimiento de la autoridad recomendada, a través de un listado anexo que describe el significado de las claves utilizadas, quien tendrá el compromiso de dictar las medidas de protección correspondientes; y vistos los siguientes:

H E C H O S

En fecha 27 veintisiete de julio del año 2016 dos mil dieciséis, ante personal de actuaciones de esta Comisión Estatal, compareció la C. Q1, quien manifestó actos presuntamente violatorios de derechos humanos, cometidos en agravio de su hermano V1, consistentes en Negativa o Inadecuada Prestación del Servicio Público Ofrecida por Dependencias del Sector Salud, atribuidos a diversos servidores públicos adscritos al Hospital Civil “Dr. Antonio González Guevara” de Tepic, Nayarit; lo anterior, al declarar que *“(sic)...el martes 05 cinco de julio del año 2016 dos mil dieciséis, acompañé a mi hermano V1 al servicio de urgencias del Hospital Civil “Dr. Antonio González Guevara” de Tepic, Nayarit, para que le*

prestaran atención médica, pues padecía cáncer tiroideo y ese día se le dificultaba halar aire y al hacerlo se escuchaba un ruido muy fuerte salir de su garganta. A las 9:30 nueve horas con treinta minutos, aproximadamente, llegamos al servicio de urgencias de dicho Hospital, pero no se encontraba nadie en admisión, así que opté por decirle a la guardia que en ese momento se encontraba, que me ayudara a pasar a mi hermano, ya que a éste se le dificultaba respirar; al escuchar el ruido que él producía, de inmediato la guardia nos metió a urgencias de forma muy amable; y después de hablar con dos médicos nos condujo a la sala de urgencias, donde estaban pacientes en camillas; me dirigí al médico de guardia, que al escuchar a mi hermano ya se dirigía hacia él, lo examinó y ordenó a una asistente que le pusiera oxígeno; nos pasó a un cuarto donde sólo había una camilla y estaba vacío, allí esperamos por más de 30 minutos y tuve que salir a buscar al médico de guardia, pero no lo pude localizar visualmente, así que, le pregunté a un asistente que a qué hora le iban a poner el oxígeno a mi hermano, que no podía respirar, éste se ríe y me dijo “ ¿no respira? ”; al notar su tono burlón, le contesté: “bueno, sí respira, pero se le dificulta”; lo miré que se dirigió a otro médico que ahí se encontraba, quien al parecer le dio la orden de ponerle oxígeno. Estuvimos ahí hasta las 12:30 doce horas con treinta minutos aproximadamente, y cuando entraron con una señora muy desfallecida bajaron a mi hermano de la camilla y lo sentaron en una silla, y a mi me pidieron que saliera del cuarto, ahí afuera se encontraba la hija de la señora; a los quince minutos aproximadamente, salió mi hermano del cuarto, y me dijo que el médico que le estaba dando resucitación a la señora le dijo que ya podía salir, que ya estaba bien. Aún así esperamos aproximadamente, otros quince minutos, porque la hija de la señora estaba usando mi celular para llamar a su familia. Regresamos a casa, y sí vi a mi hermano más tranquilo, pero el ruido de su garganta no había disminuido. Por lo que al siguiente día, miércoles 06 seis de julio de 2016 dos mil dieciséis, a las 3:30 tres horas con treinta minutos, aproximadamente, regresamos al servicio de Urgencias del Hospital Civil “Dr. Antonio González Guevara” de Tepic, Nayarit, pues el ruido de la garganta de mi hermano ya era muy alarmante; así que lo registraron en admisión y lo pasaron a una sala en donde tienen a demasiados pacientes hasta en sillas y canalizados, a mi hermano lo colocaron en un espacio entre dos camillas, sentado en una silla, ahí lo canalizaron y le pusieron oxígeno; le pregunté a la médico que lo valoró, y ésta me dijo que mi hermano necesitaba una traqueotomía, pero que no se la podían hacer hasta que lo valorara un cirujano o un oncólogo, y según ella, no había dichos especialistas en ese momento: Así estuvo mi hermano hasta las 7:00 siete horas aproximadamente, de ese mismo día, que fue cuando éste me dijo que ya no aguantaba, que comenzó a sentir un dolor muy fuerte en el pecho, por lo que de inmediato se lo hice saber a la médico, pero ésta, sin analizarlo, me contestó que era aporreamiento por el mismo esfuerzo de mi hermano de halar aire, así que le ordenó un medicamento para el dolor, el cual se lo pusieron vía intravenosa. Media hora después, a las 7:30 siete horas con treinta minutos, mi hermano me dijo que ya no podía aguantar más, que se sentía cada vez más mal, que el dolor del pecho no se le quitaba, por lo que muy angustiada volví decirle a la médico que mi hermano ya estaba muy mal, que hiciera algo, pero ella me insistió que no podía hacer nada hasta que lo valorara un cirujano o el oncólogo. Ante dicha situación, le llamé por teléfono al Cirujano Oncólogo Doctor A1, que fue el cirujano que

extirpó el tumor cancerígeno de mi hermano, pero me dijo que a él no le permitían entrar a ver pacientes por no ser médico del Hospital Civil, así que me sugirió que buscara al oncólogo Dr. A2, que atendía a mi hermano en el Centro de Cancerología, que no moviera a mi hermano porque su situación era muy grave. Le dije a mi hermano sobre la sugerencia del Dr. A1, y como sabíamos que el Dr. A2 entraba a las 8:00 ocho horas a dar consulta al Centro de Cancerología, así que seguimos esperando; sólo habían pasado como quince minutos, y ya para esto mi hermano ya no tenía oxígeno, y estaba haciéndose el cambio de turno; mi hermano empeoró más y se sentía más mal, pues decía que le dolía demasiado el pecho, y que quería irse a cancerología a que lo atendiera el Dr. A2, por lo que al ver su desesperación y sufrimiento, le dije a la médico que qué hacía, que mi hermano ya no podía estar ahí porque cada minuto se sentía más mal, por lo que la médico me contestó que le firmara la alta voluntaria, y ante la desesperación por ver que no atendían a mi hermano, así lo hice, le firmé el alta voluntaria; sin embargo, no pudimos salir de inmediato del Hospital porque tuve que ir a pagar a caja donde aún no llegaba la del cambio de turno, y tuve que esperar por más de treinta minutos; cuando salimos del Hospital Civil, ya pasaban de las 09:00 nueve horas, y nos dirigimos directamente al Centro de Cancerología, a un costado del Hospital, en donde la señorita de recepción nos informó que el Doctor A2 no se iba a presentar a laborar ese día, pero al ver y escuchar a mi hermano me dijo que lo llevara al servicio de urgencias del Hospital Civil, pero a grandes rasgos le dije que ahí no lo habían atendido como debía ser, así que de inmediato, dicha señorita hizo que pasaran a mi hermano a una salita privada en donde lo sentaron, checaron y pusieron oxígeno, y diez minutos después llegó el subdirector de cancerología, quien valoró a mi hermano, y me dijo que lo llevara al Hospital Civil porque requería de una traqueotomía de urgencia, entonces le expliqué que de allá veníamos, dicho subdirector sólo movió la cabeza de manera negativa, y me indicó que fuera con el subdirector del Hospital Civil, y que le dijera que iba de su parte, pues tenían que hacerle la cirugía de emergencia a mi hermano, así que pidió una silla de ruedas y un tanque de oxígeno portátil para mi hermano, y entre dos asistentes lo condujeron de regreso al Hospital Civil, y lo llevaron directamente a una salita donde al parecer sólo había pacientes con insuficiencias respiratorias, ahí lo dejaron sentado; mi mamá en ese momento se encontraba con nosotros, y le dije que se quedara con mi hermano mientras yo iba a platicar con el subdirector del Hospital, en ese momento llegó la Doctora encargada de la sala y de manera grosera dijo que mi hermano no debería estar ahí, que lo regresara al nivel uno, que no debían saltarse el protocolo, de manera rápida le expliqué que no lo habían atendido de manera adecuada, y que yo no iba a permitir que lo regresaran, que iba a hablar con el subdirector del Hospital Civil, y de manera déspota la Doctora me dijo que hablara con quien quisiera, que de cualquier manera iba a sacar a mi hermano, así que me molestó su actitud déspota y arrogante, y solamente le dije a mi mamá que no permitiera que movieran a mi hermano hasta que yo hablara con el Subdirector; me dirigí de inmediato a buscar al Subdirector en su oficina y ahí lo encontré, era una Doctora, no recuerdo su nombre, de manera rápida le expuse la situación, mencionando que me enviaba el subdirector de cancerología; así que la Doctora que me atendió se comunicó de inmediato con el jefe de cirujanos, el Doctor A3, y escuché como de favor le pidió que antes de entrar a cirugía valorara a mi hermano; así que le di las gracias a dicha

Doctora y volví a la sala donde estaba mi hermano; en menos de cinco minutos llegó el Doctor A3, y luego de valorar a mi hermano pidió que lo llevaran al quirófano, pues él mismo le haría la traqueotomía. En ese momento, el Doctor A3 me preguntó que porque no habían operado antes a mi hermano, pues era obvio que requería de urgencia la traqueotomía, entonces le expliqué que mi hermano ingresó desde la madrugada al área de urgencias de ese Hospital Civil, pero que sólo le decían que no había médicos cirujanos u oncólogos que lo atendieran; incluso se me pasó decirle, que mi hermano fue al servicio de urgencias del Hospital desde un día antes en la mañana, pero que lo dieron de alta. Después, en menos de diez minutos pasaron a mi hermano a quirófano, pasados veinte minutos salió el Doctor A3 del quirófano, todo ensangrentado de los guantes, y me dijo que mi hermano había presentado un infarto, que si autorizaba que se hicieran las maniobras necesarias para salvarlo, y le dije que sí; después, el Doctor A3 volvió a salir del quirófano y me dijo que mi hermano había vuelto, pero que presentó otro infarto, que si tenía familiares les avisara, pues la situación de mi hermano era crítica; la tercera vez que el Doctor A3 salió del quirófano me dijo que habían hecho todo lo posible por salvar a mi hermano, pero que éste no había respondido. De acuerdo con lo anterior, solicito se investiguen los presentes hechos, pues considero que mi hermano V1 no recibió una atención médica adecuada y oportuna en el Hospital Civil “Dr. ANTONIO GONZÁLEZ GUEVARA” de Tepic, Nayarit, pues si lo hubieran valorado y atendido adecuadamente desde la primera vez que ingresó al servicio de urgencias de dicho Hospital, es decir, el 05 cinco de julio de 2016 dos mil dieciséis, le hubieran dado una oportunidad para mejorar su estado de salud, sin embargo, lo dieron de alta, sin realizar un diagnóstico y tratamiento adecuado; y la segunda vez que ingresó a urgencias, al siguiente día en la madrugada, no fue atendido oportunamente por un médico cirujano u oncólogo, y su estado de salud empeoró, sin que recibiera atención y fuera ingresado a quirófano de manera inmediata, a pesar de que requería la traqueotomía de manera urgente; y una vez que operaron a mi hermano, fue demasiado tarde”.

EVIDENCIAS

En el presente caso las constituyen:

1. El contenido del acta circunstanciada practicada con motivo de la comparecencia de la C. Q1, quien ante personal de actuaciones de esta Comisión Estatal, manifestó actos presuntamente violatorios de derechos humanos, cometidos en agravio de su hermano V1, consistentes en Negativa o Inadecuada Prestación del Servicio Público Ofrecida por Dependencias del Sector Salud, atribuidos a diversos servidores públicos adscritos al Hospital Civil “Dr. Antonio González Guevara” de Tepic, Nayarit; respecto de la cual se omite su transcripción en obvio de repeticiones, pues ésta ha quedado debidamente asentada en el apartado que antecede.

Asimismo, por las documentales que la compareciente presentó al momento de rendir dicha declaración, las cuales consisten en:

- I. Hoja de Egreso (por defunción), de fecha 06 seis de julio del 2016 dos mil dieciséis.

II. Nota Médica de Defunción, sin fecha.

III. Acta de defunción número 000171.

IV. Certificado de defunción número 160489267.

2. Oficio número VG/1100/16, suscrito por personal de actuaciones de este Organismo de Defensa de los Derechos Humanos, mediante el cual se requirió al Director del Hospital Civil “Dr. Antonio González Guevara” de Tepic, Nayarit, a efecto de que rindiera informe motivado y fundado respecto a los hechos reclamados por la C. Q1, asimismo, para que remitiera copia certificada de la totalidad de constancias y notas médicas que integraban el expediente clínico constituido con motivo de la atención médica proporcionada al paciente V1.

3. Oficio sin número, suscrito por el Dr. A7, Director del Hospital Civil “Dr. Antonio González Guevara” de Tepic, Nayarit, mediante el cual rindió informe respecto de los hechos aquí investigados; y en el que textualmente refirió que *“(sic)...dicho paciente masculino de nombre V1, solo se cuenta con el antecedente oficial de hospitalización el día 06 de julio de 2016, a las 04:15 horas/minutos con diagnóstico de Tiroides y SDRA (síndrome de dificultad respiratoria aguda) así como solicitud de egreso voluntario a las 07:45 horas del mismo día, con reingreso a urgencias una hora después que fue cuando se solicitó la intervención de Cirugía General para traqueotomía. Con respecto a que sí fue atendido, o no, el 05 de julio del 2016 por la mañana, no se cuenta con antecedentes oficiales en virtud de que muy seguramente el familiar no acudió a la ventanilla de admisión para su registro y elaboración del formato (Hoja de Emergencia), documento en el que el personal médico hace las anotaciones del padecimiento, antecedentes, exploración física, el diagnóstico y los tratamientos propuestos, es posible que la saturación del servicio con pacientes graves y la llegada de otros pacientes en estado crítico condicionó la confusión y desesperación del propio paciente y familiares, aunado a la supuesta mejoría que presentó el paciente, según el comentario expresado por el familiar en el oficio que contesto, y salir del hospital sin autorización de nadie y sin indicaciones médicas al respecto. He de mencionar que en el servicio de urgencias se cuenta con personal de trabajo social así como personal de Atención personalizada que permiten orientar a las personas y familias que tienen algún problema con la logística de atención médica y personal médico capacitado para otorgar el tratamiento en caso de urgencias y/o de iniciar protocolos de manejo con apoyo en paraclínicos y especialidades médicas y quirúrgicas las 24 hrs del día...”*.

4. Acta circunstanciada, practicada por personal de actuaciones de este Organismo Público Autónomo, mediante la cual se hizo constar que dicho personal se constituyó física y legalmente en las instalaciones que ocupa el Hospital Civil “Dr. Antonio González Guevara”, y específicamente en el área de enfermería de primera estancia o conocida como TRIAGE, para los efectos de que se pusiera a la vista la totalidad de las notas de enfermería correspondientes a los días 05 cinco y 06 seis de julio del año 2016 dos mil dieciséis. Siendo que al respecto, se asentó en el acta en comento, que *“(sic)...indicándonos personal de esa área que no*

existía un archivo como tal, sino que éstas se encontraban en cajas ubicadas por debajo del mostrador de enfermería y se colocaban en éstas sin orden alguno. Acto seguido, nos mostraron las cajas en las que se advierte que su contenido no lleva orden alguno y solo acumulan hojas sueltas, por lo que procedimos a buscar las notas de enfermería referidas, y luego de varios minutos, se localizó una nota en el que consta que le paciente V1 si estuvo en esa área de TRIAGE el día 06 seis de julio del año 2016 dos mil dieciséis, más no se pudo localizar nota alguna correspondiente a su ingreso o egreso del día 05 cinco de septiembre del mismo año. Tomando impresión fotográfica de las diversas notas... ”.

Notas de las cuales se advierte que el paciente V1, ingreso al área de servicio denominado TRIAGE a las 05:00 cinco horas del día 06 seis de julio del año 2016 dos mil dieciséis, y se le asignó una silla para ser atendido; y posteriormente, sin precisar hora, se le asignó la cama número 15521. Empero, en dicho documento no se asentó la hora y fecha de egreso, ni al servicio al que fue canalizado.

Posteriormente, se señala en el acta circunstanciada de referencia, que dicho personal se constituyó física y legalmente en el área de médicos del servicio denominado como TRIAGE, y se entrevistaron con los Dres. A4, A5 y A6, con quienes también se llevó a cabo una diligencia relacionada con la investigación de los hechos aquí reclamados, y que, en lo que aquí respecta, se asentó que *“(sic)...se les informó sobre la radicación del expediente de queja que nos ocupa, así como los hechos materia de la investigación, por lo que les solicitamos nos exhibieran las notas en las que se registró el ingreso y egreso del paciente V1, en lo que respecta a los días 05 cinco y 06 seis de julio del año 2016 dos mil dieciséis. Indicándonos dicho personal que en esa área no se hacían respaldo alguno de la atención otorgada a los pacientes, que se elaboraban las notas y se incluían en el expediente clínico. Aún cuando éstas, el Visitador Adjunto que actúa da fe que se realizan en computadora, por lo que se pide se exhiba el respaldo correspondiente, a lo que el personal médico de referencia señaló que ahí no quedaba respaldo alguno, negando incluso, tener conocimiento de la atención de dicho paciente, refiriendo que posiblemente haya sido atendido en el área de urgencias de dicho hospital.*

Por último, se asentó que el personal de actuaciones se constituyó en el área de Urgencias del nosocomio en cita, en donde *“(sic)...personal de esa área manifestó que no existía registro alguno sobre atención médica proporcionada al paciente V1, en lo que respecta a la los días 05 cinco y 06 seis de julio del año 2016 dos mil dieciséis... ”.*

5. Oficio número VG/1513/2016, mediante el cual, en virtud de que el oficio, hasta aquí rendido por la autoridad señalada como probable responsable resultaba omiso y/o evasivo, se le requirió de nueva cuenta a efecto de que remitiera copia certificada de las constancias y notas médicas que en su totalidad integraban el expediente clínico relativo a la atención médica proporcionada al paciente V1; y en específico, remitiera e informara respecto de:

- I. el documento en el que constaba la hospitalización del paciente V1, mismo a que se refería en su informe cómo: *(sic)... sólo cuenta con el*

antecedente oficial de hospitalización el día 06 de julio de 2016, a las 04:15 horas/minutos con diagnóstico de CA de Tiroides y SDRA (síndrome de dificultad respiratoria aguda)...”.

- II. la solicitud de egreso voluntario a que se refería en su informe como: *(sic)... así como solicitud de egreso voluntario a las 07:45 horas del mismo día...”.*
- III. remitiera copia certificada de la relación o censo de pacientes que el personal de TRIAGE elaboraba y remitía al Jefe de Servicio, respecto los días 05 cinco y 06 seis de julio del año 2016 dos mil dieciséis.
- IV. remitiera copia certificada de la relación o censo de pacientes que el personal de Urgencias elaboraba y remitía al Jefe de Servicio, respecto los días 05 cinco y 06 seis de julio del año 2016 dos mil dieciséis.
- V. remitiera copia certificada de expediente de enfermería en el que constaba el ingreso y egreso del paciente de referencia, en lo que respecta a los días 05 cinco y 06 seis de julio del año 2016 dos mil dieciséis.
- VI. remitiera copia certificada de expediente de enfermería en el que constaba la asignación de cama y suministro de medicamentos y/o realización de procedimientos médicos realizados y aplicados al paciente V1, en lo que respecta a los días 05 cinco y 06 seis de julio del año 2016 dos mil dieciséis.
- VII. informara el nombre completo y cargo del personal médico, de enfermería y de admisión que se encontraban laborando en el área de TRIAGE los días 05 cinco y 06 seis de julio del año 2016 dos mil dieciséis, precisando la hora en que entraron y en la que salieron, y si durante su jornada laboral habían presentando algún pase de salida.
- VIII. informara el nombre completo y cargo del personal médico, de enfermería y de admisión que se encontraban laborando en el área de Urgencias los días 05 cinco y 06 seis de julio del año 2016 dos mil dieciséis, precisando la hora en que habían entrado y salido, y si durante su jornada laboral habían presentado algún pase de salida.

6. Acta circunstanciada, practicada por personal de actuaciones de esta Comisión Estatal, mediante la cual dicho personal hizo constar la comparecencia de la C. T1, quien respecto a los hechos aquí investigados rindió su respectiva declaración, en la que precisó que *“(sic)... la voz soy madre de V1 quien además vivía conmigo en el domicilio que señalé en mis generales. Y es el caso que mi hijo había padecido cáncer de tiroides y por ello había recibido radioterapias en el Centro de Cancerología del Estado de Nayarit. Siendo que el día 05 cinco de julio del año 2016 dos mil dieciséis, como a eso de las 06:00 seis horas de la mañana que se despertó y me comento que le costaba mucho trabajo respirar y se le escuchaba un ruido en su garganta y pecho, y luego le habló por teléfono a otra de mis hijas de nombre Q1, y me dijo que ella lo iba a acompañar al hospital y se salió ya como a las 09:00 nueve de la mañana y regresó como a eso de las 13:00 trece horas, y me comentó que su hermana Q1 lo había llevado al*

Hospital Civil de esta ciudad y que le habían realizado unas nebulizaciones y que la habían dado medicamento para que las siguiera realizando en la casa y lo vi mejor. Y mi hija Q1 me comentó que habían estado en el área de Urgencias, en un lugar en que cada paciente estaba en su respectiva cama y se ve limpio y ordenado. Pero ya como a las 20:00 veinte horas de nueva cuenta se volvió a poner mal, ya que otra vez ya no podía respirar y se le escuchaba más cerrada su garganta y su respiración era más corta y más rápida, por lo que como a eso de las 03:00 tres de la mañana me lo llevé al Hospital Civil e ingresamos como a las 03:20 tres horas con veinte minutos pero ya del día 06 seis de julio del año 2016 dos mil dieciséis, y eso lo hice en un taxi porque llamé a la Cruz Roja para solicitar una ambulancia pero me dijeron que no había. Y llegando al Hospital ingresamos por el lado de donde llegan las ambulancia, por donde hay una rampa y ahí nos atendió una persona del sexo femenino que estaba de guardia privada nos recibió y fue la que nos pasó a un consultorio y ahí un médico del sexo masculino valoró a mi hijo y me cuestionó que porqué el día anterior, es decir, 05 cinco de julio, lo habían dado de alta, que porque lo que mi hijo ocupaba era una traqueotomía y que era urgente, por lo que ordenó a un enfermero que lo canalizara en la vena y elaboró una hoja, pero no se que decía, misma que entregó al enfermero y juntos se llevaron a mi hijo caminando a otra área en la que había muchas personas enfermas, unos en camillas y otros en sillas e incluso había algunas personas que estaban esposadas, un lugar sucio y con pacientes amontonados, y el enfermero le entregó la hoja que traía a una doctora, al parecer que se encontraba de guardia en esa área y ella le dijo al enfermero que dejara ahí y lo colocaron en una silla en medio de dos camas y ahí lo tuvieron canalizado y haciéndole nebulizaciones; pero mi hermano me decía que se sentía peor y se desesperaba mucho e incluso ya para las 04:20 cuatro veinte aproximadamente llegó mi hija Q1 y ahí estuvimos las dos y veíamos como mi hijo empeoraba y le comentamos a la doctora que lo recibió y nos dijo que no podía hacer nada que porque mi hijo ocupaba una traqueotomía y que no se lo podía llevar hasta que no lo valorara un oncólogo o un cirujano pero que no había médicos a esa hora. Y ya por la desesperación que tenía mi hijo me comentó que se quería salir a que lo atendieran en cancerología pues ahí no le estaban haciendo nada, por lo que mi hija fue con la doctora de guardia y le comentó que no nos podíamos llevar a mi hijo, que no se podía salir así, sólo que firmara un alta voluntaria, por lo que mi hija accedió ante la desesperación de que no atendían a mi hijo y porque no lo atendía nadie, sin que se nos explicara las complicaciones que pudiera existir si sacábamos a mi hijo. Luego mi hija fue a pagar a caja y regresó en poco más de una hora, que porque no había nadie en caja que porque estaban cambiando de guardia. Luego nos salimos y nos fuimos a cancerología y de ahí nos regresaron al hospital y casi de inmediato pasaron a mi hijo a quirófano en donde perdió la vida... ”.

7.- Acta circunstanciada, practicada por personal de actuaciones de este organismo local, mediante la cual dicho personal hizo constar la comparecencia de la C. Q1, quejosa dentro de la presente investigación, misma que manifestó su deseo de aportar y aportó las siguientes documentales e información.

- I. Informó que los mismo hechos por los cuales aquí se inconforma, había presentado denuncia ante el Agente del Ministerio Público del Fuero Común, quien al respecto había radicado el expediente número NAY/TEP-III/RH-6926/16.
- II. Aportó Hoja de Emergencia-Alta Voluntaria, de fecha 06 seis de julio del 2016 dos mil dieciséis.
- III. Aportó recibo único de ingresos, con número de folio D 15521, valioso por la cantidad de \$. 1,950.00 un mil novecientos cincuenta pesos 00/100 moneda nacional. Expedido por los Servicios de Salud de Nayarit.
- IV. Aportó recibo único de ingresos, con número de folio D 15538, valioso por la cantidad de \$. 2,204.00 dos mil doscientos cuatro pesos 00/100 moneda nacional. Expedido por los Servicios de Salud de Nayarit.
- V. Aportó recibo, con número de folio 956469, valioso por la cantidad de \$. 1,138.00 un mil ciento treinta y ocho pesos 00/100 moneda nacional. Expedido por los Servicios de Salud de Nayarit.
- VI. Aportó recibo de pago, con número de folio 21865, valioso por la cantidad de \$. 2,995.00 dos mil novecientos noventa y cinco pesos 00/100 moneda nacional. Expedido por Desarrollo Urbano de Tepic S. A. de C. V.
- VII. Aportó recibo de pago, con número de folio 21866, valioso por la cantidad de \$. 30,700.00 treinta mil setecientos pesos 00/100 moneda nacional. Expedido por Desarrollo Urbano de Tepic S. A. de C. V.
- VIII. Aportó recibo de pago, con número de folio 21867, valioso por la cantidad de \$. 3,000.00 tres mil pesos 00/100 moneda nacional. Expedido por Desarrollo Urbano de Tepic S. A. de C. V.
- IX. Aportó recibo de pago, con número de folio 21868, valioso por la cantidad de \$. 365.00 trescientos sesenta y cinco pesos 00/100 moneda nacional. Expedido por Desarrollo Urbano de Tepic S. A. de C. V.

Información y documentos que previo cotejo con sus respectivos originales, se adjuntaron al presente expediente de queja, para que en el momento oportuno surtieran sus efectos legales y sean valorados conforme a su propia naturaleza corresponda.

8.- Oficio número 877/2016, suscrito por el Dr. A7, Director del Hospital Civil “Dr. Antonio González Guevara” de Tepic, Nayarit, mediante el cual rindió informe respecto de los hechos aquí investigados; y en el que textualmente refirió que *“(sic)...me permito anexar al presente en copias debidamente certificadas el Expediente Clínico del paciente referido con antelación, en el cual se encuentra lo solicitado en los puntos número 1, 2, 5, 6, 7 y 8, respecto a los puntos 3 y 4 me permito manifestar a Usted que en el expediente que se adjunta se encuentran las notas y los nombres de los médicos y personal de enfermería que intervinieron en el cuidado del*

señor V1. Lo anterior a efecto de estar a lo que legal y administrativamente corresponda... ”.

Informe al cual anexó un total de 14 catorce fojas útiles en copia certificada, respecto a la atención médica proporcionada al paciente V1, en lo que respecta al día 06 seis de julio del año 2016 dos mil dieciséis.

9.- Oficio número VG/1640/2016, suscrito por personal de actuaciones de esta Comisión Estatal, mediante el cual, al Director del Hospital Civil “Dr. Antonio González Guevara” en Tepic, Nayarit, se le indicó que, siendo que, mediante los oficios número VG/1100/16 y VG/1513/2016, se le había requerido a efecto de que rindiera informe motivado y fundado respecto a los conceptos de violación denunciados por la C. Q1, y para que remitiera copias certificadas, completas, legibles y ordenadas del expediente clínico integrado con motivo de la atención médica proporcionada al paciente de nombre V1.

Y que al efecto, esta Comisión Estatal de Defensa de los Derechos Humanos, había recibido el oficio sin número y el oficio número 877/2016, mediante los cuales, si bien, había rindido informe y remitió copias relativas a la atención médica proporcionada al paciente de referencia, por otro lado, dicha información y documentos se remitieron de forma incompleta. En tal sentido, se advertía que el contenido de dichos informes resultaba **OMISO Y/O EVASIVO**.

Por que se le **solicitó una vez más**, para que remitiera **la información y documentación faltante**. Y en específico:

- I. remitiera copia certificada de la relación o censo de pacientes que el personal de TRIAGE elaboraba y remitía al Jefe de Servicio, respecto los días 05 cinco y 06 seis de julio del año 2016 dos mil dieciséis.
- II. remitiera copia certificada de la relación o censo de pacientes que el personal de Urgencias elaboraba y remitía al Jefe de Servicio, respecto los días 05 cinco y 06 seis de julio del año 2016 dos mil dieciséis.
- III. remitiera copia certificada de expediente de enfermería en el que constaba el ingreso y egreso, del paciente V1, en lo que respecta a los días 05 cinco y 06 seis de julio del año 2016 dos mil dieciséis.
- IV. remitiera copia certificada de expediente de enfermería en el que constaba la asignación de cama y suministro de medicamentos y/o realización de procedimientos médicos realizados y aplicados al paciente V1, en lo que respecta a los días 05 cinco y 06 seis de julio del año 2016 dos mil dieciséis.
- V. Informara el nombre completo y cargo del personal médico, de enfermería y de admisión que se encontraban laborando en el área de TRIAGE los días 05 cinco y 06 seis de julio del año 2016 dos mil dieciséis, precisando además, la hora en que habían ingresado y en la que salieron, y si durante su jornada laboral habían presentado algún pase de salida.

VI. informara el nombre completo y cargo del personal médico, de enfermería y de admisión que se encontraban laborando en el área de Urgencias los días 05 cinco y 06 seis de julio del año 2016 dos mil dieciséis, precisando además, la hora en que entraron y en la que salieron, y si durante su jornada laboral habían presentaron algún pase de salida.

10.- Acta circunstanciada, practicada por personal de actuaciones de este Organismo de Defensa de los Derechos Humanos, mediante la cual hacen constar que se constituyeron física y legalmente en las instalaciones del Hospital Civil de esta ciudad de Tepic, Nayarit, “Dr. Antonio González Guevara”, lugar en el cual se practicaron diversas diligencias, en las que: se obtuvo un total de 22 veintidós impresiones fotográficas relativas al expediente clínico integrado con motivo de la atención médica proporcionada al paciente V1; asimismo, se dio fe de los registros de enfermería del área de urgencias, en lo que ve a las de fecha 05 cinco de julio del año 2016 dos mil dieciséis, y en las que no se advirtió datos alguno relativo a la atención médica proporcionada al paciente V1.

11.- Oficio número 877/2016, suscrito por el Dr. A7, Director del Hospital Civil “Dr. Antonio González Guevara” de Tepic, Nayarit, mediante el cual mediante el cual remitió anexó, un total de 27 veintisiete fojas útiles, correspondientes a registro de personal de enfermería y médico que estuvo laborando en las áreas de TRIAGE, Corta Estancia y Urgencias, en lo que ve a los días 05 cinco y 06 seis de julio del año 2016 dos mil dieciséis.

12.- Acuerdo de fecha 24 veinticuatro de octubre del 2016 dos mil dieciséis, mediante el cual, **VISTOS.-** Los autos que integran el presente expediente de queja, de los cuales se desprende que se habían girado los oficios números VG/1100/16, VG/1513/2016, VG/1640/2016, todos dirigidos al Director del Hospital Civil “ Dr. Antonio González Guevara”, de esta ciudad de Tepic, Nayarit, a efecto de que rindiera informe motivado y fundado respecto a los hechos investigados dentro del expediente de mérito y para que remitiera la documentación necesaria para acreditar dicho informe; y en específico, para que remitiera copia certificada de la totalidad constancias y notas médicas del expediente clínico integrado con motivo de la atención médica proporcionada los días 05 cinco y 06 seis de julio del año en curso, al paciente V1.

Asimismo, se advirtió que con motivo de los oficios VG/1501/2016 y VG/1641/2016, ambos dirigidos también al Director del Hospital Civil “ Dr. Antonio González Guevara”, de esta ciudad de Tepic, Nayarit, se solicitó su colaboración a efecto de que brindara todas las facilidades para que personal de actuaciones de esta Comisión Estatal practicara diversas diligencias encaminadas a investigar las violaciones a derechos humanos aquí denunciadas; en específico, para que se lograra la localización y exhibición de la totalidad de constancias y notas médicas y de enfermería relativas a la atención médica proporcionada el día 05 cinco de julio del año en curso, al paciente V1.

Empero, de lo actuado se advirtió que había transcurrido en exceso el término para que en calidad de autoridad presunta responsable rindieran los informes respectivos y la información solicitada.

En consecuencia se hizo efectivo el apercibimiento que le fue hecho mediante los oficios antes descritos, por lo que en los términos de los artículos 87, 88 y 89 de la Ley Orgánica de la Comisión de Defensa de los Derechos Humanos para el Estado de Nayarit, **SE TIENE POR CIERTOS LOS HECHOS** denunciados por la parte quejosa y agraviada, en lo que respecta a los actos atribuidos a servidores públicos de ese Hospital Civil Dr. Antonio González Guevara”, de esta ciudad de Tepic, Nayarit. Salvo que de la valoración de las pruebas rendidas legalmente, y por hechos notorios éstos resulten desvirtuados.

Lo anterior, no obstante de que se recibieron los oficios: sin número, 877/2016 y 877/2016, mediante los cuales, el Director del Hospital Civil Dr. Antonio González Guevara”, de esta ciudad de Tepic, Nayarit, rindió informe y remitió diversa documentación. Pues luego de su estudio se advierte que éstos **resultaron omisos y/o evasivos** al no referirse en su totalidad a los puntos en discusión e investigación, como es lo relativo a las circunstancias de modo, tiempo y lugar en que se proporcionó, el día 05 cinco de julio del año 2016 dos mil dieciséis, la atención médica al paciente V1. Además del retraso injustificado para remitir la documentación solicitada.

Ello, aunado a que de las diligencias practicadas por personal de actuaciones de esta Comisión Estatal, no se logró la localización y exhibición de nota médica y de enfermería alguna en la que se haga referencia a las atención médica proporcionada al paciente de referencia, en lo que respecta al día 05 cinco de julio del año 2016 dos mil dieciséis.

SITUACIÓN JURÍDICA

Esta Comisión Estatal es competente para conocer y resolver en los términos de los artículos 102 apartado “B” de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 2 fracción X, XVI y XVIII, 15, 18 fracciones I, II, III, IV, V, y VI, 25 fracción VIII, 102, 103, 104 y 110 de la Ley Orgánica de la Comisión de Defensa de los Derechos Humanos para el Estado de Nayarit, de la queja radicada con motivo de la comparecencia de la C. Q1, quien denunció la comisión de actos u omisiones violatorios de derechos humanos, cometidos en agravio de su hermano V1, consistentes en Negativa o Inadecuada Prestación del Servicio Público Ofrecida por Dependencias del Sector Salud, atribuidos a diversos servidores públicos adscritos al Hospital Civil “Dr. Antonio González Guevara” de Tepic, Nayarit.

Lo anterior, luego de declarar que, *“(sic)...el martes 05 cinco de julio del año 2016 dos mil dieciséis, acompañé a mi hermano V1 al servicio de urgencias del Hospital Civil “Dr. Antonio González Guevara” de Tepic, Nayarit, para que le prestaran atención médica, pues padecía cáncer tiroideo y ese día se le dificultaba halar aire y al hacerlo se escuchaba un ruido muy fuerte salir de su garganta. A las 9:30 nueve horas con treinta*

minutos, aproximadamente, llegamos al servicio de urgencias de dicho Hospital, pero no se encontraba nadie en admisión, así que opté por decirle a la guardia que en ese momento se encontraba, que me ayudara a pasar a mi hermano, ya que a éste se le dificultaba respirar; al escuchar el ruido que él producía, de inmediato la guardia nos metió a urgencias de forma muy amable; y después de hablar con dos médicos nos condujo a la sala de urgencias, donde estaban pacientes en camillas; me dirigí al médico de guardia, que al escuchar a mi hermano ya se dirigía hacia él, lo examinó y ordenó a una asistente que le pusiera oxígeno; nos pasó a un cuarto donde sólo había una camilla y estaba vacío, allí esperamos por más de 30 minutos y tuve que salir a buscar al médico de guardia, pero no lo pude localizar visualmente, así que, le pregunté a un asistente que a qué hora le iban a poner el oxígeno a mi hermano, que no podía respirar, éste se ríe y me dijo “ ¿no respira? ”; al notar su tono burlón, le contesté: “bueno, sí respira, pero se le dificulta”; lo miré que se dirigió a otro médico que ahí se encontraba, quien al parecer le dio la orden de ponerle oxígeno. Estuvimos ahí hasta las 12:30 doce horas con treinta minutos aproximadamente, y cuando entraron con una señora muy desfallecida bajaron a mi hermano de la camilla y lo sentaron en una silla, y a mi me pidieron que saliera del cuarto, ahí afuera se encontraba la hija de la señora; a los quince minutos aproximadamente, salió mi hermano del cuarto, y me dijo que el médico que le estaba dando resucitación a la señora le dijo que ya podía salir, que ya estaba bien. Aún así esperamos aproximadamente, otros quince minutos, porque la hija de la señora estaba usando mi celular para llamar a su familia. Regresamos a casa, y sí vi a mi hermano más tranquilo, pero el ruido de su garganta no había disminuido. Por lo que al siguiente día, miércoles 06 seis de julio de 2016 dos mil dieciséis, a las 3:30 tres horas con treinta minutos, aproximadamente, regresamos al servicio de Urgencias del Hospital Civil “Dr. Antonio González Guevara” de Tepic, Nayarit, pues el ruido de la garganta de mi hermano ya era muy alarmante; así que lo registraron en admisión y lo pasaron a una sala en donde tienen a demasiados pacientes hasta en sillas y canalizados, a mi hermano lo colocaron en un espacio entre dos camillas, sentado en una silla, ahí lo canalizaron y le pusieron oxígeno; le pregunté a la médico que lo valoró, y ésta me dijo que mi hermano necesitaba una traqueotomía, pero que no se la podían hacer hasta que lo valorara un cirujano o un oncólogo, y según ella, no había dichos especialistas en ese momento: Así estuvo mi hermano hasta las 7:00 siete horas aproximadamente, de ese mismo día, que fue cuando éste me dijo que ya no aguantaba, que comenzó a sentir un dolor muy fuerte en el pecho, por lo que de inmediato se lo hice saber a la médico, pero ésta, sin analizarlo, me contestó que era aporreamiento por el mismo esfuerzo de mi hermano de halar aire, así que le ordenó un medicamento para el dolor, el cual se lo pusieron vía intravenosa. Media hora después, a las 7:30 siete horas con treinta minutos, mi hermano me dijo que ya no podía aguantar más, que se sentía cada vez más mal, que el dolor del pecho no se le quitaba, por lo que muy angustiada volví decirle a la médico que mi hermano ya estaba muy mal, que hiciera algo, pero ella me insistió que no podía hacer nada hasta que lo valorara un cirujano o el oncólogo. Ante dicha situación, le llamé por teléfono al Cirujano Oncólogo Doctor A1, que fue el cirujano que extirpó el tumor cancerígeno de mi hermano, pero me dijo que a él no le permitían entrar a ver pacientes por no ser médico del Hospital Civil, así que me sugirió que buscara al oncólogo Dr. A2, que atendía a mi hermano

en el Centro de Cancerología, que no moviera a mi hermano porque su situación era muy grave. Le dije a mi hermano sobre la sugerencia del Dr. A1, y como sabíamos que el Dr. A2 entraba a las 8:00 ocho horas a dar consulta al Centro de Cancerología, así que seguimos esperando; sólo habían pasado como quince minutos, y ya para esto mi hermano ya no tenía oxígeno, y estaba haciéndose el cambio de turno; mi hermano empeoró más y se sentía más mal, pues decía que le dolía demasiado el pecho, y que quería irse a cancerología a que lo atendiera el Dr. A2, por lo que al ver su desesperación y sufrimiento, le dije a la médico que qué hacía, que mi hermano ya no podía estar ahí porque cada minuto se sentía más mal, por lo que la médico me contestó que le firmara la alta voluntaria, y ante la desesperación por ver que no atendían a mi hermano, así lo hice, le firmé el alta voluntaria; sin embargo, no pudimos salir de inmediato del Hospital porque tuve que ir a pagar a caja donde aún no llegaba la del cambio de turno, y tuve que esperar por más de treinta minutos; cuando salimos del Hospital Civil, ya pasaban de las 09:00 nueve horas, y nos dirigimos directamente al Centro de Cancerología, a un costado del Hospital, en donde la señorita de recepción nos informó que el Doctor A2 no se iba a presentar a laborar ese día, pero al ver y escuchar a mi hermano me dijo que lo llevara al servicio de urgencias del Hospital Civil, pero a grandes rasgos le dije que ahí no lo habían atendido como debía ser, así que de inmediato, dicha señorita hizo que pasaran a mi hermano a una salita privada en donde lo sentaron, checaron y pusieron oxígeno, y diez minutos después llegó el subdirector de cancerología, quien valoró a mi hermano, y me dijo que lo llevara al Hospital Civil porque requería de una traqueotomía de urgencia, entonces le expliqué que de allá veníamos, dicho subdirector sólo movió la cabeza de manera negativa, y me indicó que fuera con el subdirector del Hospital Civil, y que le dijera que iba de su parte, pues tenían que hacerle la cirugía de emergencia a mi hermano, así que pidió una silla de ruedas y un tanque de oxígeno portátil para mi hermano, y entre dos asistentes lo condujeron de regreso al Hospital Civil, y lo llevaron directamente a una salita donde al parecer sólo había pacientes con insuficiencias respiratorias, ahí lo dejaron sentado; mi mamá en ese momento se encontraba con nosotros, y le dije que se quedara con mi hermano mientras yo iba a platicar con el subdirector del Hospital, en ese momento llegó la Doctora encargada de la sala y de manera grosera dijo que mi hermano no debería estar ahí, que lo regresara al nivel uno, que no debían saltarse el protocolo, de manera rápida le expliqué que no lo habían atendido de manera adecuada, y que yo no iba a permitir que lo regresaran, que iba a hablar con el subdirector del Hospital Civil, y de manera déspota la Doctora me dijo que hablara con quien quisiera, que de cualquier manera iba a sacar a mi hermano, así que me molestó su actitud déspota y arrogante, y solamente le dije a mi mamá que no permitiera que movieran a mi hermano hasta que yo hablara con el Subdirector; me dirigí de inmediato a buscar al Subdirector en su oficina y ahí lo encontré, era una Doctora, no recuerdo su nombre, de manera rápida le expuse la situación, mencionando que me enviaba el subdirector de cancerología; así que la Doctora que me atendió se comunicó de inmediato con el jefe de cirujanos, el Doctor A3, y escuché como de favor le pidió que antes de entrar a cirugía valorara a mi hermano; así que le di las gracias a dicha Doctora y volví a la sala donde estaba mi hermano; en menos de cinco minutos llegó el Doctor A3, y luego de valorar a mi hermano pidió que lo llevaran al quirófano, pues él mismo le haría la traqueotomía. En ese

momento, el Doctor A3 me preguntó que porque no habían operado antes a mi hermano, pues era obvio que requería de urgencia la traqueotomía, entonces le expliqué que mi hermano ingresó desde la madrugada al área de urgencias de ese Hospital Civil, pero que sólo le decían que no había médicos cirujanos u oncólogos que lo atendieran; incluso se me pasó decirle, que mi hermano fue al servicio de urgencias del Hospital desde un día antes en la mañana, pero que lo dieron de alta. Después, en menos de diez minutos pasaron a mi hermano a quirófano, pasados veinte minutos salió el Doctor A3 del quirófano, todo ensangrentado de los guantes, y me dijo que mi hermano había presentado un infarto, que si autorizaba que se hicieran las maniobras necesarias para salvarlo, y le dije que sí; después, el Doctor A3 volvió a salir del quirófano y me dijo que mi hermano había vuelto, pero que presentó otro infarto, que si tenía familiares les avisara, pues la situación de mi hermano era crítica; la tercera vez que el Doctor A3 salió del quirófano me dijo que habían hecho todo lo posible por salvar a mi hermano, pero que éste no había respondido. De acuerdo con lo anterior, solicito se investiguen los presentes hechos, pues considero que mi hermano VI no recibió una atención médica adecuada y oportuna en el Hospital Civil “Dr. ANTONIO GONZÁLEZ GUEVARA” de Tepic, Nayarit, pues si lo hubieran valorado y atendido adecuadamente desde la primera vez que ingresó al servicio de urgencias de dicho Hospital, es decir, el 05 cinco de julio de 2016 dos mil dieciséis, le hubieran dado una oportunidad para mejorar su estado de salud, sin embargo, lo dieron de alta, sin realizar un diagnóstico y tratamiento adecuado; y la segunda vez que ingresó a urgencias, al siguiente día en la madrugada, no fue atendido oportunamente por un médico cirujano u oncólogo, y su estado de salud empeoró, sin que recibiera atención y fuera ingresado a quirófano de manera inmediata, a pesar de que requería la traqueotomía de manera urgente; y una vez que operaron a mi hermano, fue demasiado tarde”.

En ese contexto, se requirió a la autoridad señalada como presunta responsable, a efecto de que rindiera informe motivado y fundado respecto a las violaciones reclamadas; siendo que mediante el oficio sin número, suscrito por el Dr. A7, Director del Hospital Civil “Dr. Antonio González Guevara” de Tepic, Nayarit, textualmente refirió que “(sic)...dicho paciente masculino de nombre VI, solo se cuenta con el antecedente oficial de hospitalización el día 06 de julio de 2016, a las 04:15 horas/minutos con diagnóstico de Tiroides y SDRA (síndrome de dificultad respiratoria aguda) así como solicitud de egreso voluntario a las 07:45 horas del mismo día, con reingreso a urgencias una hora después que fue cuando se solicitó la intervención de Cirugía General para traqueotomía. Con respecto a que sí fue atendido, o no, el 05 de julio del 2016 por la mañana, no se cuenta con antecedentes oficiales en virtud de que muy seguramente el familiar no acudió a la ventanilla de admisión para su registro y elaboración del formato (Hoja de Emergencia), documento en el que el personal médico hace las anotaciones del padecimiento, antecedentes, exploración física, el diagnóstico y los tratamientos propuestos, es posible que la saturación del servicio con pacientes graves y la llegada de otros pacientes en estado crítico condicionó la confusión y desesperación del propio paciente y familiares, aunado a la supuesta mejoría que presentó el paciente, según el comentario expresado por el familiar en el oficio que contesto, y salir del hospital sin autorización de nadie y sin indicaciones médicas al respecto. He de mencionar que en el servicio de urgencias se cuenta con personal de

trabajo social así como personal de Atención personalizada que permiten orientar a las personas y familias que tienen algún problema con la logística de atención médica y personal médico capacitado para otorgar el tratamiento en caso de urgencias y/o de iniciar protocolos de manejo con apoyo en paraclínicos y especialidades médicas y quirúrgicas las 24 hrs del día... ”.

Asimismo, el Marco Jurídico en el que se circunscribe el presente análisis tiene sustento en lo dispuesto por los artículos 1º, párrafo cuarto del 4º, 102 apartado B y 133 de la **Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos**; 2, 26, 27 de la Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados; 1, 2, 3, 8 y 25.1 de la **Declaración Universal de los Derechos Humanos**; I, V, XI, XVII y XVIII de la **Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre**; 3, 4.1, 5.1, 11 y 25 de la **Convención Americana sobre Derechos Humanos**; 2, 5 y 6.1 del **Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos**; 12 del **Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales**; 4, 5, 10 del **Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador**; 1, 1 bis, 2, 3, 4 fracción IV, 13 apartado “B” fracciones I, VI y VIII, 23, 27 fracciones III, 32, 33, 35, 36, 50, 51, 51 bis 1, 51 bis 2, 51 bis 3, 54, 77 bis 1, 77 Bis 36, 77 bis 37 fracciones I, II, III, IV, V, VII, VIII, IX, XII, XIII, XV y XVI, de la **Ley General de Salud**; 1, 3, 7, 8, 9, 21, 26, 29, 32, 48, 51, 52, 69, 70 fracción I, 71, 72, 73, 74, 76, 77, 79, 80, 81, 82, 85 y 87 del **Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica**; 7 fracciones III, XIII arábigo 1, XIV, 101, 122, 123 fracciones II y III y 127 de la **Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Nayarit**; 1, 2 fracciones I, II y V, 25, 26, 29 fracción III, 33, 34, 35, 36, 43 y 44 de la **Ley de Salud para el Estado de Nayarit**; 30 fracción XIV y 40 de la **Ley Orgánica del Poder Ejecutivo del Estado de Nayarit**; 2, 3 fracciones III, X y penúltimo párrafo, 53 y 54 fracciones I, VII, XVIII, XIX, XX y XXXIII de la **Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Nayarit**.

OBSERVACIONES

Del análisis de los hechos y evidencias descritos en los apartados que anteceden y que se tienen en éste por reproducidos en obvio de repeticiones, este Organismo Protector de los Derechos Humanos en estricto apego a lo dispuesto por los artículos 57, 66, 96, 102, 105 y 110 de la Ley Orgánica que rige a esta Comisión Estatal, en suplencia de queja y valorados que fueron todos los elementos de prueba y convicción se advierte la existencia de violaciones de Derechos Humanos, cometidas en agravio quien en vida llevara por nombre **V1**, consistentes en **Negativa o Inadecuada Prestación de Servicio Público Ofrecida por Dependencias del Sector Salud, Trato Indigno, Pérdida de la Vida y Ejercicio Indebido de la Función Pública**, cometidas por parte de diversos **servidores públicos adscritos al Hospital Civil “Antonio González Guevara” de esta ciudad de Tepic, Nayarit**.

En ese sentido, es oportuno precisar que, el *Derecho a la Salud* es entendido este como aquel que tiene todo ser humano de disfrutar de un

funcionamiento fisiológico óptimo. Y encuentra su fundamento constitucional en el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, mismo que establece textualmente que “...**Toda persona tiene derecho a la protección de la salud...**”. Lo que implica desde luego, el derecho a recibir oportunamente un servicio médico de calidad y con calidez. Siendo que, en este caso en particular, el bien jurídico protegido es el funcionamiento fisiológico óptimo de los gobernados y que los sujetos titulares de éste, son todos los seres humanos. Lo anterior, implica una permisión para el titular, quien tiene la libertad de acceder a los servicios de asistencia médica, siguiendo los requerimientos establecidos por la ley.

Y a efecto de que el Derecho a la Salud pueda tener lugar, los gobernados deben poseer los siguientes derechos:

- a) El derecho a tener acceso a los servicios de asistencia médica impartidos o autorizados por el Estado de conformidad con las normas vigentes, cuyo objetivo será promover, conseguir o preservar el funcionamiento fisiológico óptimo de las persona.
- b) El derecho a recibir una asistencia médica eficiente y de calidad proporcionada tanto por los servidores públicos pertenecientes al sector salud, como por las instituciones privadas cuya supervisión corre a cargo del Estado.
- c) Derecho garantizado por el Estado, dentro de sus posibilidades, para crear la infraestructura normativa e institucional necesarias para una adecuada prestación de los servicios de salud.
- d) Derecho garantizado por el Estado para implementar las medidas necesarias para perseguir las acciones u omisiones que pongan en peligro la salud de los miembros de la sociedad.
- e) Derecho a que el Estado, dentro de sus posibilidades, implemente las medidas necesarias para fomentar y promover la cultura de la salud entre los miembros de la sociedad.

Por otro lado, tenemos que por **Negligencia Médica** debemos entender cualquier acción u **omisión** en la prestación de los servicios de salud, realizada por un profesional de la ciencia médica que preste sus servicios en una institución pública, sin la debida diligencia o sin la pericia indispensable en la actividad realizada, que traiga como consecuencia una alteración en la salud del paciente, su integridad personal, su aspecto físico, así como un daño moral o económico. Es decir, en la Negligencia Médica existe un deber jurídico que hace que los médicos en el ejercicio de su profesión actúen con la pericia y diligencia necesaria, **tanto en el diagnóstico como en el tratamiento** que se da a los pacientes, y en el caso que ello no sea así, incurren en responsabilidad profesional producto de la negligencia médica, la cual también puede ser de carácter institucional.

Ahora bien, atendiendo la cronología de los hechos que dieron motivo a la radicación del expediente de queja que nos ocupa, y con la finalidad de precisar las circunstancias de modo, tiempo y lugar en que se

cometieron las violaciones a Derechos Humanos aquí investigadas, y luego de que, en su conjunto fueron valorados todos y cada uno de los elementos de prueba y convicción que integran en su totalidad el acervo probatorio del presente sumario, se advierte y acredita que:

I. El C. V1 padeció cáncer de tiroides, enfermedad por la que fue atendido en el Centro de Cancerología del Estado de Nayarit, y por la cual había recibido radioterapias.¹

Con ese antecedente, el día martes 05 cinco de julio del año 2016 dos mil dieciséis, por la mañana, el C. V1 se encontraba en su domicilio particular; lugar en el que habita junto con su madre C. T1.²

Y es el caso que, V1 manifestó a su madre que tenía dificultad para poder respirar, además de que se le escuchaba un ruido muy fuerte que salía de su pecho y garganta.³

Dicho antecedente médico resulta trascendente en vistas del resultado final, por tratarse de un paciente al de manera reciente se le había administrado y/o aplicado radioterapias para atender el cáncer que afectaba precisamente el área de su garganta. Y en la cual presentó las complicaciones de salud relacionadas con los hechos violatorios que aquí se estudiaron como actos y omisiones violatorias de derechos humanos.

Al caso, dicho antecedente, junto con el síndrome de dificultad respiratoria severa que V1 presentaba, constituía una necesaria premura para su atención médica. Lo que en la especie no sucedió como se verá en este apartado.

II. Por lo que siendo, aproximadamente, las 09:30 nueve horas con treinta minutos del día cinco de julio del dos mil dieciséis, V1, acompañado de su hermana C. Q1, ingresó al área de urgencias del Hospital Civil de Tepic, Nayarit.⁴

Para ello, recibió ayuda del personal de seguridad, pues no encontró a la persona encargada del registro y control de admisiones. Siendo la misma guardia de seguridad, quien de inmediato gestionó con dos médicos y los ingresó a una sala en el área de urgencias.⁵

Ahí, V1 fue examinado por un médico, quien después de ello ordenó a una asistente que le pusiera oxígeno. Después pasaron a dicho paciente y a su familiar, a un cuarto en el que sólo se encontraba una camilla, y ahí permanecieron por aproximadamente, media hora.⁶

Pasado ese tiempo, Q1 salió a buscar al Médico que la había atendido, pero como no lo vio, encontró a un asistente y le preguntó

¹ Evidencias identificadas con los números 1 uno, 3 tres, 6 seis, 10 diez y 12 doce.

² Evidencia identificada con el número 6 seis.

³ Ibidem.

⁴ Evidencias identificadas con los números 1 uno, 6 seis y 12 doce.

⁵ Evidencia identificada con el número 1 uno y 12 doce.

⁶ Ibidem.

respecto a que horas le iban a poner el oxígeno a su hermano, que porque éste no podía respirar. El asistente respondió en tono burlón ¿no respira?, notando el tono o sentido de la pregunta Q1 le dijo que sí respiraba pero que se le dificultaba.⁷

En ese lugar permanecieron hasta, aproximadamente, las 12:30 doce horas con treinta minutos del mismo día 05 cinco de julio del 2016 dos mil dieciséis. Es decir, un aproximado de 03 tres horas.⁸

Pues luego ingresaron a esa área a una paciente del sexo femenino y bajaron a V1 de la cama y lo sentaron en una silla, al mismo tiempo, solicitaron que Q1 saliera de la habitación.⁹

Aproximadamente 15 quince minutos después salió V1 y le comentó a su hermana que, el médico estaba realizando maniobras de resucitación a la paciente que minutos antes habían ingresado, y él cual también le había dicho a V1 que ya podía salir, que ya estaba bien.¹⁰

Esperaron otros quince minutos más y V1 en compañía de su hermana, se fueron al domicilio de aquel. Q1 vio a su hermano más tranquilo, pero el ruido de su garganta no había disminuido.¹¹

Ya es su casa, los recibió la madre de ambos, C. T1, a quien Q1 le informó lo sucedido y que le habían dado un medicamento a su hermano para que continuara realizándose las nebulizaciones. T1 también vio mejor a su hijo.¹²

En ese contexto, se advierte, primero, que la existencia de personal de seguridad destinado a controlar el ingreso al área de Hospital constituye un obstáculo para prestación oportuna de los servicios de salud; que se agrava cuando dicho personal controla el ingreso al área de urgencias.

Ello es así, pues la atención médica no puede estar supeditada de manera alguna para que un gobernado pueda ingresar a una institución de salud para ser valorado de manera pronta o inmediata, según el caso, por los profesionales en la salud. Pues demandante del servicio de urgencias se encuentra en un estado de gravedad tal, que precisa la atención inmediata, para poder limitar la progresión de la enfermedad o daño físico que pone en riesgo su vida, un órgano o función.¹³

Es decir, una persona que solicite los servicios de salud, en específico, en el área de urgencias, debe tener un acceso totalmente libre hasta tener contacto con un profesional de la salud que valore o determine si se trata de una urgencia o no y la gravedad de la misma, a efecto de ponderar los

⁷ Ibidem.

⁸ Ibidem.

⁹ Ibidem.

¹⁰ Ibidem.

¹¹ Ibidem.

¹² Evidencias identificadas con los números 1 uno, 6 seis y 12 doce.

¹³ Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA03-2013, Regulación de los Servicios de Salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica.

niveles de prioridad en la atención médica frente a otras personas que demanden la atención en esos momentos.

Luego, el personal de guardia de seguridad no se encuentra capacitado ni legalmente facultado para valorar o registrar el ingreso de los pacientes. Pues su función debe ser y es totalmente ajena a la prestación de los servicios de salud. Y de ninguna manera está facultado para realizar entrevista alguna a las personas que ingresan para solicitar los servicios proporcionados, en este caso, por el Hospital Civil de Tepic, Nayarit.

Hacerlo así, como en la especie ocurrió, no sólo constituye un obstáculo para una atención médica oportuna, sino que impide que ésta se preste en condiciones de eficacia y eficiencia, además de que implica una intromisión a la privacidad con la que debe ser atendida toda persona.

Por lo que es necesario que de manera inmediata se tomen todas las medidas necesarias, para que el personal de guardia de seguridad se avoque sólo a las cuestiones de seguridad y deje de realizar intromisiones a los derechos de las personas que acuden a la institución de salud a solicitar sus servicios.

Por otro lado, no pasa desapercibido que el día 05 cinco de julio del año 2016 dos mil dieciséis, el personal adscrito a el área de admisión de pacientes que ingresan al servicio de urgencias del Hospital Civil de Tepic, Nayarit, al momento en que ingresó V1 y su hermana Q1 (aproximadamente a las 09:30 nueve horas con treinta minutos), no se encontraba en su área de trabajo¹⁴. Y es así, pues fue personal de guardia de seguridad, (contrario a sus funciones) quien facilitó el acceso de dichas personas para que V1 recibiera atención médica.

Luego, por tratarse de un área en la que por el estado de salud que presentan las personas que acuden al servicio de urgencias, es indispensable que el personal adscrito a esa área no se ausente de su lugar de trabajo, pues de hacerlo, como en el caso ocurrió, provoca que el servicio de salud se preste de manera deficiente o inadecuada.

Ello, luego de que dicho personal de admisión sea el encargado de recabar la información necesaria y suficiente para iniciar con la atención profesional de la salud, elaborando “(sic)...*el registro y elaboración del formato de (Hoja de Emergencia), documento en el que el personal médico hace las anotaciones del padecimiento, antecedentes, exploración física, el diagnóstico y los tratamientos propuestos...*”.¹⁵

Empero, y a pesar de ello no implica de manera alguna que se deje de prestar la atención médica con calidad y oportunidad. Pues de ninguna manera ésta debe sujetarse a un trámite administrativo que puede ser realizado de manera posterior.

Al caso, si bien, al momento en que V1 y su familiar solicitaron los servicios de salud de urgencia y no hubo quien realizara el registro administrativo de ingreso; por otro lado, ello no impide de manera

¹⁴ Evidencia identificada con el número 1 uno.

¹⁵ Evidencia identificada con el número 3 tres.

alguna, y por el contrario, es una obligación de personal médico y de enfermería documentar toda atención médica proporcionada al paciente.

Es decir, dicho personal se encuentra obligado a documentar la valoración inicial, el diagnóstico, el plan de tratamiento y procedimientos médicos a seguir, así como la ministración y administración de los mismos. Es decir, documente la atención médica en un formato de historial clínico, mismo que dará la pauta para decidir si el paciente requiere o no de un tratamiento médico de urgencia, ya sea de hospitalización o quirúrgico; siendo el profesional de la salud quien tiene la pericia para señalar si el paciente debe de recibir una atención de interconsulta a otro nivel, ya sea referido a otra institución de salud o con un especialista de otro nivel de atención, según sea el caso; de igual manera esto conlleva a prestar la atención por parte del servicio de enfermería quienes son las encargadas como primer contacto para la atención del paciente en la toma de signos vitales como lo es el peso, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura, tensión arterial, entre otras. Ello, partiendo de que los servicios de urgencia se definen como un: *“conjunto de áreas, equipos, personal profesional y técnico de salud, ubicados dentro de un establecimiento público, social o privado, destinados a la atención inmediata de una urgencia médica o quirúrgica; y que una urgencia médica es todo problema médico-quirúrgico agudo, que pongan la vida, un órgano o una función y que requiere atención inmediata”*.¹⁶

En consecuencia, no se admite el argumento de la autoridad responsable respecto a que no existe documento alguno en el que conste la atención médica proporcionada el día 05 cinco de julio del año 2016 dos mil dieciséis, al paciente de nombre V1, toda vez que sus familiares no realizaron el trámite administrativo para registrar su ingreso.

Pues como ha quedado asentado, aún a falta de ello, el personal médico y de enfermería tiene la obligación de documentar toda atención médica que le fue proporcionada a dicho paciente. En términos coloquiales, se tuvo que documentar los datos generales del paciente, el motivo por el cual acudió a ese servicio, los signos y síntomas que presentó, sus antecedentes clínicos, el diagnóstico, el plan de tratamiento, y las circunstancias de modo, tiempo y lugar respecto a los medicamentos o procedimientos médicos que le fueron practicados, así como el nombre y número de cédula del personal médico y de enfermería que participó en su atención, y por último, las condiciones de salud bajo las cuales egresó el paciente y el plan a seguir en casa. Si fue referido a otro hospital o especialidad, entre otros.

Y en el caso que nos ocupa, ello no sólo implicó la falta física de los documentos en los que consta que se le dio la atención médica proporcionada al paciente V1. Sino que analizados todos y cada uno de los elementos de prueba y convicción que en su totalidad integran el acervo probatorios que sirve de base sólida para emitir la presente resolución, se tiene que la atención médica no se proporcionó en

¹⁶ Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA03-2013, Regulación de los Servicios de Salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica.

condiciones de oportunidad ni de calidad, por lo que no fue eficaz ni eficiente para tratar el padecimiento que presentó V1.

Ello, luego de que si bien, se advierte que cuando V1 egresó del servicio de urgencias presentaba cierta mejoría; por otro lado, también se advierte que continuaba con la dificultad para respirar y con estridor laríngeo; ello, aunado al antecedente de haber sido tratado recientemente con radioterapias para atenderle el cáncer de tiroides que padeció, situaciones por las que había ingresado al servicio de urgencias. Tan es así que al día siguiente regresó con mayores complicaciones, al grado de perder la vida por una anoxemia consecuente con un síndrome de dificultad respiratoria severa.

Pues no pasa desapercibido que al no existir documento alguno en el que conste la atención médica proporcionada al paciente de referencia, se evitó, en gran medida, que para la atención subsecuente realizada el día 06 seis de julio del 2016 dos mil dieciséis, no se contara con dato alguno que sirviera de base para dar continuidad a su tratamiento o bien, optar por referirlo a otro nivel o especialidad. Lo que comprometió más su estado de salud.

No obstante ello, también se advierte que directamente la C. Q1, recibió un trato indigno por parte de personal médico del servicio de urgencias, luego de que en un tono faltó de ética y profesionalismo, dicho personal hizo referencia (en tono de burla) al lenguaje utilizado por Q1 al momento de preguntar en que momento le iban a aplicar a su hermano, el oxígeno que hacia aproximadamente 30 treinta minutos antes había indicado el médico. No se pierde de vista la situación de estrés que tanto el paciente como sus familiares enfrentaban al pasar un problema de salud como el que aquí se hace alusión. Es importante señalar y se señala que el profesional de la salud debe comprometerse humanamente en el proceso de comunicación médico-paciente, tomando en cuenta que el pensamiento del médico y su lenguaje técnico-especializado se encuentra muy alejado del pensamiento y conocimientos del paciente.

III. Ya por la noche, el estado de salud de V1 se agudizo. ya que otra vez ya no podía respirar y se le escuchaba muy cerrada su garganta y su respiración era más corta y rápida, además de que el ruido de su garganta y pecho era muy alarmante.¹⁷

Por lo que siendo, aproximadamente, las 03:20 tres horas con veinte minutos de la madrugada del día 06 seis de julio del 2016 dos mil dieciséis, T1 llevó a su hijo V1, de nueva cuenta al área de urgencias del Hospital Civil de Tepic, Nayarit.¹⁸

Ya en el Hospital, entraron por donde ingresan las ambulancias y las recibió una mujer del servicio de seguridad, quien fue quien las pasó a un consultorio y ahí un médico valoró a V1 y cuestionó a su acompañante, o sea, a T1, respecto a porqué lo habían dado de alta el día anterior, es decir, el día 05 cinco de julio del 2016 dos mil

¹⁷ Evidencias identificadas con los números 6 seis y 12 doce.

¹⁸ Ibidem.

dieciséis, pues lo que V1 ocupaba era una traqueostomía y la requería de manera urgente.¹⁹

Luego, el médico tratante ordenó a un enfermero que lo canalizara, al tiempo en que el médico elaboró una hoja y se la entregó al enfermero, y después se llevaron caminando a V1 al área de TRIAGE, y ahí el enfermero entregó la hoja que traía a una doctora, la que al parecer se encontraba de guardia en esa área. Ésta le dijo al enfermero que colocara a V1 en una silla, en medio de dos camas, ahí estuvo canalizado y le estuvieron realizando nebulizaciones.²⁰

Pero V1 manifestaba a sus familiares que se sentía peor, y se desesperaba mucho.²¹

Ya para las 04:20 cuatro horas con veinte minutos, aproximadamente, les acompañó Q1, y ahí estuvieron viendo como V1 empeoraba. Ambas le comentaron esa situación a la Doctora que los recibió en el TRIAGE, y ella sólo les respondió que no podía hacer nada, que porque lo que V1 ocupaba era una traqueostomía y que no se lo podían llevar hasta que no lo valorara un oncólogo y un cirujano, pero que a esas horas no había médicos.²²

En esas condiciones permanecieron hasta, aproximadamente las 07:00 siete horas de la mañana de ese mismo día 06 seis de julio del 2016 dos mil dieciséis, que fue cuando, muy desesperado, V1 le dijo a su MADRE y a su HERMANA, que sentía un dolor muy fuerte en su pecho, por lo que de inmediato Q1 se lo hizo saber a la Doctora que las había estado atendiendo, quien sin revisión alguna sólo les dijo que era por aporreamiento dado el esfuerzo que V1 hacía para respirar y después ordenó le aplicaran un medicamento para el dolor que le pusieron vía intravenosa.²³

Media hora después, es decir, como a las 07:30 siete horas con treinta minutos, V1 manifestó a sus familiares que ya no aguantaba más, que el dolor del pecho no se le quitaba. Poco más tarde, cuando se realizaba el cambio de turno, a V1 se le terminó el oxígeno y empeoró más, el dolor en el pecho era insoportable, por lo que insistió en irse a cancerología para que lo atendieran. Al ver la desesperación y sufrimiento de su hermano, la C. Q1 le comentó a la Doctora del TRIAGE que qué hacía, que su hermano ya no podía estar ahí porque a cada minuto se sentía peor, entonces la Doctora le dijo que firmara un alta voluntaria, y por la desesperación de ver que no atendían a su hermano, firmó el alta voluntaria.²⁴

Empero, no pudieron salir de inmediato del Hospital porque tenían que hacer el pago y la responsable no se encontraba, al parecer por

¹⁹ Ibidem.

²⁰ Evidencias identificadas con los números 1 uno, 3 tres, 4 cuatro, 6 seis, 7 siete fracción II, 8 ocho foja 12 doce, 10 diez y 12 doce.

²¹ Evidencias identificadas con los números 1 uno, 6 seis y 12 doce.

²² Ibidem.

²³ Ibidem.

²⁴ Evidencias identificadas con los números 1 uno, 3 tres, 6 seis, 7 siete fracción II, 8 foja 11 once, 10 diez y 12 doce.

el cambio de turno, por lo que tuvo que esperar aproximadamente 30 treinta minutos más. Al caso, salieron del Hospital Civil, pasada las 09:00 nueve horas del día 06 seis de julio del 2016 dos mil dieciséis.²⁵

Al caso, a consecuencia de la deficiente atención médica que un día anterior se proporcionó al paciente V1 en el servicio de urgencias, fue necesario que nuevamente acudiera a éste servicio solicitando atención médica inmediata, pues se encontraba comprometida su vida.

Siendo de nueva cuenta y contrario a cualquier protocolo de atención médica, que personal de guardia de seguridad fue quien facilitó el ingreso del paciente para recibir atención por profesionales de la salud.

Y luego de que V1 fue valorado por el médico, se le ingresó en el área denominada TRIAGE²⁶, en donde la atención médica que se le proporcionó, de nueva cuenta, fue deficiente e inoportuna.

Pues si bien, existe agregado al expediente que nos ocupa “Hoja de Emergencia” de fecha 06 seis de julio del 2016 dos mil dieciséis, por otro lado también se advierte, que con tinta y letra distinta, en la parte designada como “Nota Médica” se asentó de manera poco entendible lo que al parecer constituye los resultados de una incipiente valoración médica, misma en la que no se asentó la fecha y hora de la atención, ni tampoco el nombre del médico ni su número de cédula²⁷. La que una vez contrastado con las notas de enfermería²⁸ de ese mismo día, se obtiene que no se le aplicó medicamento, tratamiento o procedimiento alguno al paciente V1.

Luego, se advierte que dicho paciente sólo estuvo en el área de TRIAGE, por varias horas con sólo una valoración médica deficiente. Empero sí se informó, cuando menos verbalmente, al paciente y a sus familiares que éste ocupaba una traqueostomía, misma que para ser realizada debería ser valorado previamente por el servicio de oncología y de cirugía. Empero, de todo lo aquí actuado no se advierte que dicho paciente haya sido referido a dichos servicios para su valoración. Aún cuando los signos y síntomas que presentaba el paciente, indicaban que ocupaba una traqueostomía y que la ocupaba de manera inmediata. Pues era evidente su deterioro momento a momento.

Al respecto, se advierte que el personal médico del TRIAGE permaneció pasivo en agravio de la salud de V1, bajo el argumento de estar en la espera de que hubiera personal del servicio de oncología y de cirugía para que el paciente fuera valorado y le fuera practicada la traqueostomía. Empero, dicha espera resultaba innecesaria, pues en el servicio de urgencias se cuenta con “(sic)... *personal médico capacitado para otorgar tratamiento en caso de urgencia y/o de iniciar protocolos de manejo con apoyo en paraclínicos y especialidades médicas y quirúrgicas las 24 hrs del día...*”.²⁹

²⁵ Evidencias identificadas con los números 1 uno, 6 seis y 12 doce.

²⁶ Evidencia número 4 cuatro.

²⁷ Evidencia identificada con el número 8 ocho foja 12doce.

²⁸ Evidencia identificada con el número 8 ocho foja 14 catorce.

²⁹ Evidencia identificada con el número 3 tres.

En todo caso, -sin conceder que ello haya ocurrido, sólo como caso hipotético- dada la naturaleza del asunto y la urgencia con la que el paciente requería el procedimiento quirúrgico, y ante la supuesta falta de personal especializado que la realizara, debió de ser referido a otro hospital para que le fuera practicada la traqueostomía.

Pero ello no sucedió así, Es decir, sí existía personal médico de los servicios y áreas que se ocupaban para practicar la traqueostomía, pero el personal del TRIAGE no realizó la debida interconsulta. Poniendo en riesgo mayor la vida del paciente V1, quien finalmente falleció debido a la inoportuna e inadecuada atención médica.

Y no sólo ello, sino que frente a la inconformidad los familiares del paciente de referencia, al ver que no se le estaba siendo atendido oportuna y eficazmente -pues era evidente el deterioro en la salud de su familiar-, trataron de buscar otras alternativas para ser debidamente atendidos y en última instancia decidieron sacar a V1 del Hospital. Frente a ello, el personal médico del TRIAGE, indicó que no se podían llevar al paciente, a menos que firmaran el formato de “ALTA VOLUNTARIA”³⁰. Y la firmaron.

Pero ello, una vez analizado todo el contexto, se advierte que no fue voluntaria, sino forzosa para poder sacar a su familiar y buscar la atención médica que necesitaba V1. Pues de lo que hasta aquí se ha analizado y acreditado, ya se sabía que lo que dicho paciente requería era una traqueostomía, pero no ésta no se le practicaba y su estado de salud iba en evidente deterioro al grado de comprometer su vida.

Y en el mismo formato de “Alta Voluntaria” se advierte una serie de inconsistencias, por ejemplo: se señala como persona responsable a T1, pero quien solicita el alta voluntaria es V1, y por último, quien la firma es Q1. Esto hace que dicho documento pierda su validez jurídica. Pues si el paciente fue quien solicitó la “alta voluntaria” sería éste quien la debiera de firmar, o en su defecto precisar en el cuerpo de la misma que éste no la puede firmar, las razones de ello y quien firmaría a su ruego.

Aunado a ello y de mayor gravedad, resulta el hecho de que se emita un documento de ésta naturaleza como si fuera sólo un trámite burocrático. Que no lo es. Pues la emisión del formato de “Alta Voluntaria” implica en sí misma, el derecho del paciente, o en su defecto a sus familiares, a decidir de manera informada sobre el lugar y quienes proporcionarían la atención médica profesional para atender sus enfermedades o padecimientos.

Pero ello, no es tan sencillo, como lo que en la especie ocurrió. Sino que, al caso particular, implicaba que previamente se haya informado al paciente V1 sobre el diagnóstico, opciones de tratamiento, así como sus ventajas y desventajas al optar por alguno de ellos, los estudios a practicar, el pronóstico de salud, las facilidades para obtener una segunda opinión, y en su caso, su autorización informada para realizar procedimientos quirúrgicos o médicos. Y después de ello tener la opción

³⁰ Evidencia identificada con el número 8 ocho foja 11 once.

de decidir de manera voluntaria, se insiste, y debidamente informada para buscar atención profesional en otra institución de salud.

Empero ello no sucedió así. Pues el “Alta Voluntaria” se convirtió en forzosa, desde el momento en que no se le brindó la atención médica de urgencia que requería.

No obstante ello, ante la decisión de alta y considerando las condiciones del paciente, debió de condicionársele a que se indicara el lugar y profesional de la salud que lo iba a recibir, contando para ello con consentimiento firmado por el médico que lo fuera a tratar. Además de que tendría que ser enviado en ambulancia con todos los cuidados que el paciente en particular requería. E informándole a ésta y a sus familiares sobre los riesgos que implicaba el trasladarlo en esas condiciones. Esa es una obligación de los profesionales de la salud.

Por lo que al omitir realizar todas las acciones que acompañan un “Alta Voluntaria”, cometieron violaciones de derechos humanos en agravio de V1, pues pusieron en riesgo la vida del mismo, de tal suerte que finalmente falleció.

No obstante ello, a pesar de que la firma del formato de “Alta Voluntaria”, no fue precisamente eso, voluntaria. Sino que fue la última opción para los familiares en la búsqueda de atención médica oportuna. Se les realizó cobro³¹ en efectivo por la consulta, venoclisis, nebulizaciones, y la estancia en observación (aún cuando no ocupó una cama, sino una silla). Ello sin considerar que no se trató de un alta “voluntaria” sino forzosa dadas las circunstancias antes señaladas y sin que tampoco se considerara que el paciente se encontraba afiliado al seguro popular.

IV. Ya afuera, se dirigieron directamente al Centro de Cancerología, que esta a unos metros del Hospital Civil, en donde personal de recepción al sólo ver a V1 indicó a su mamá y a su hermana que lo llevaran al área de urgencias del Hospital Civil, y éstas señalaron que de ahí acababan de salir y les comentaron todo lo ahí ocurrido.³²

Por lo que de inmediato pasaron a V1, lo sentaron, lo examinaron y le pusieron oxígeno, y diez minutos después llegó el Subdirector de Cancerología, quien valoró a V1 e indicó que lo llevaran al Hospital Civil porque requería de una traqueostomía de urgencia, entonces se le explicó lo que ya había ido y todo lo que había ocurrido durante su estancia en dicho nosocomio, por lo que dicho Subdirector sólo movió su cabeza a manera de desaprobación.³³

Luego indicó a Q1 que fuera con la Subdirectora del Hospital Civil y comentara que iba de su parte, pues tenían que hacerle la traqueostomía de manera urgente. Así que el Subdirector de Cancerología pidió una silla de ruedas y un tanque de oxígeno portátil y entre dos asistentes llevaron a V1 de nueva cuenta al

³¹ Evidencia identificada con el número 7 siete.

³² Evidencia número 4 cuatro.

³³ Ibidem.

Hospital y lo dejaron en una sala en donde sólo había personas con dificultad para respirar.³⁴

Luego, llegó la Doctora encargada de dicha sala y de manera grosera indicó a los familiares que V1 no debería estar ahí, que lo regresaran al Nivel Uno, que no debía de saltarse el Protocolo; por lo que Q1 le explicó que no lo habían atendido de manera adecuada y que no iba a permitir que lo regresaran, que iba a platicar con la Subdirectora del Hospital Civil; respondiendo de manera déspota y arrogante dicha Doctora, que hablara con quien quisiera, que de cualquier manera iba a sacar a V1 de esa sala. Luego Q1 indicó a su mamá T1, que no permitiera que movieran a su hermano hasta que ella hablara con la Subdirectora del Hospital Civil.³⁵

Luego, Q1 se dirigió a buscar a dicha Subdirectora a su oficina, la encontró y de manera rápida le expuso la situación, mencionándole además, que la enviaba el Subdirector de Cancerología. De inmediato la Subdirectora se comunicó con el jefe de cirugía, Dr. A3 y le solicitó que antes de entrar a cirugía valorara a V1, luego de ello, Q1 regresó con su hermano.³⁶

Ya ahí, en aproximadamente 05 cinco minutos llegó el Dr. A3, quien luego de valorar a V1, encontró los siguientes “(sic)...**HALLAZGOS: CUELLO CON CAMBIOS EN LA MORFOLOGÍA HABITUAL, TODA LA REGIÓN CENTRAL INDURADA, CON CAMBIOS TRÓFICOS EVIDENTES, PARED DE LA VÍA AÉREA MUY ENGROSADA, FRIABLE DE FÁCIL SANGRADO. RESUMEN: ACUDO A VALORACIÓN POR LLAMADO TELEFÓNICO, AL LLEGAR A URGENCIAS ADULTOS OBSERVACIÓN, ENCUENTRO PACIENTE EN FRANCO DETERIORO NEORUOLÓGICO Y RESPIRATORIO, COLORACIÓN CIANÓTICA, CON ESTRIDOR LARINGEO INTENSO AUDIBLE A DISTANCIA, NO CANALIZADO, NO INTUBADO, SIN MASCARILLA ÚNICAMENTE CON PUNTAS NAALES A 3 LITROS POR MINUTO, DADAS LAS CONDICIONES Y EL BREVE INTERROGATORIO INDIRECTO A LA HERMANA NOS DAMOS CUENTA QUE ES PACIENTE ONCOLÓGICO, EL CUAL EN MESES PREVIOS SE LE REALIZA TIROIDECTOMÍA TOTAL Y POSTERIORMENTE SESIONES DE RADIOTERAPIA Y YODO...**”³⁷

Frente a ello, solicitó al personal del Hospital Civil que lo pasaran a quirófano, porque él mismo realizaría la traqueostomía. Preguntando el Dr. A3 el porqué no se le había realizado dicha cirugía, si era obvio que la requería de urgencia, por lo que Q1 le explicó todo lo ocurrido previamente.³⁸

Transcurridos, aproximadamente 10 diez minutos, pasaron a V1 a quirófano, en donde finalmente perdió la vida. Al respecto se asentó

³⁴ Ibidem.

³⁵ Ibidem.

³⁶ Evidencias identificadas con los números 1 uno, 6 seis, 8 ocho foja 2 dos, 10 diez y 12 doce.

³⁷ Evidencias identificadas con los números 8 ocho foja 2 dos, y 10 diez.

³⁸ Evidencias identificadas con los números 1 uno, 6 seis y 12 doce.

en la nota médica del Servicio de Cirugía General, que “(sic)...SE VALORA EN CONJUNTO CON ANESTESIOLOGÍA Y DECIDIMOS INTENTAR UNA INTUBACIÓN OROTRAQUEAL URGENTE EN QUIRÓFANO, POR LO QUE ES TRASLADADO EN CAMILLA Y AL LLEGAR A SALA INMEDIATAMENTE SE CANALIZA CON SOLUCIÓN HARTMANN Y ES INVADIDO POR ANESTESIOLOGÍA YA QUE PRESENTABA FRANCA DIFULTAD RESPIRATORIA CON SATURACION DE 54 POR MINUTO, AL REALIZAR LARINGOSCOPIA DIRECTA CON PACIENTE SE VISUALIZA CIERRE DE VÍA AÉREA CON OBSTRUCCIÓN COMPLETA DE LA LUZ ENDOTRAQUEAL SECUNDARIA A CAMBIOS POR RADICIÓN Y TUMORACIÓN ENDOLUMINAL, SE DECIDE REALIZAR TRAQUEOSTOMÍA DE URGENCIA CON EL APOYO DE ONCOCIRUGÍA PUDIENDO CANULAR LA VÍA AÉREA, SIN EMBARGO, POSTERIORMENTE INICIA CON BRADICARDEIA QUE CEDE PARCIALMENTE A LA ADMINISTRACIÓN DE ATROPINA, POSTERIORMENTE SUFRE ARRESTO CARDIOPULMONAR Y SUFRE ASISTOLIA POR LO QUE SE INICIA REANIMACIÓN CARDIO CEREBRO PULMONAR AVANZADA CON UN TOTAL DE 3 CICLOS CON CONTROL DIRECTO DE LA VÍA AÉREA, MONITOREO COMPLETO Y ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMNETOS ENDOVENOSOS A PESAR DE TODOS LO INTENTOS EL PACIENTE FALLECE A LAS 11:28 HRS...”³⁹

No obstante ello, a pesar de la deficiente y negligente atención médica proporcionada desde un inicio, Se les realizó cobro⁴⁰ en efectivo por la traqueostomía, observación, consulta de urgencias, consulta subsecuente y venoclisis, sin considerar que el paciente se encontraba afiliado al seguro popular.

Finalmente, esta (el fallecimiento del paciente) fue la consecuencia de que no se brindara la atención médica oportuna y de calidad que requería el paciente V1.

Quien luego presentar un síndrome de dificultad respiratoria severa más estridor laríngeo, con un antecedente de cáncer en tiroides, ingresó el día 05 cinco de julio del año 2016 dos mil dieciséis, y permaneció por varias horas hospitalizado en el servicio de urgencias del Hospital Civil de Tepic, Nayarit, fue dado de alta por una aparente mejoría, pero los signos y síntomas por la que acudió al servicio de urgencias, persistían. Regresando al día siguiente por la madrugada con mayores complicaciones, permaneciendo en el área de TRIAGE por varias horas, en donde ante una inadecuada atención médica, los familiares del paciente firmaron el formato de “Alta Voluntaria”, que como ya se explicó, resultó forzosa. En los dos casos, se requería la práctica urgente de una traqueostomía, que no le fue realizada porque nunca fue referido al servicio correspondiente. Finalmente salieron del hospital y en menos de una hora regresaron al mismo por indicaciones del Subdirector de cancerología. Ingresaron y el paciente fue atendido por indicaciones de la Subdirección del Hospital. Y finalmente, de urgencia fue atendido por

³⁹ Evidencias identificadas con los números 8 ocho foja 2 dos, y 10 diez.

⁴⁰ Evidencia identificada con el número 7 siete.

el Jefe de Cirugía, quien practicó la tan solicitada traqueostomía, pero ello ya fue demasiado tarde, pues el V1 falleció cuando ésta le era practicada. Asimismo, a los familiares del paciente les fue requerido un cobro por todos los servicios prestados. Es decir, al paciente se le presentaron una serie de obstáculos que impidieron una atención temprana y oportuna por el especialista de la salud a fin de que le fuera practicada una traqueostomía.

Por último, no pasa desapercibido para esta Comisión Estatal, la discrepancia entre la hora asentada en las notas médicas y la hora real en que el paciente tiene contacto con el médico tratante, lo que impone, además de una violación a los derechos de los pacientes, en cuanto al llenado del expediente clínico, un riesgo a su salud, pues impide establecer de manera puntual el momento en que se da la atención y las indicaciones médicas, que dará continuidad a la atención. Siendo que, la notas médicas sólo deben ser elaboradas por quien presta de manera directa el servicio y nunca por personal de enfermería, pues al caso, dicho personal realiza sus propias notas en los formatos específicos de su área.

Así, la inadecuada, deficiente y negligente atención médica proporcionada por diversos servidores públicos adscritos al Hospital Civil “Dr. Antonio González Guevara” de esta ciudad de Tepic, trajo como consecuencia la pérdida de la vida del paciente V1. Actualizándose una violación a sus derechos humanos, consistentes en **Negativa o Inadecuada Prestación de Servicio Público Ofrecida por Dependencias del Sector Salud, Trato Indigno, Pérdida de la Vida y Ejercicio Indebido de la Función Pública.**

En ese contexto, se acredita y se tiene la certeza de que dicha responsabilidad recae sobre servidores públicos pertenecientes a los **Servicios de Salud en el Estado**, dependencia gubernamental la cual en un momento dado tiene la obligación institucional de, con justicia y equidad, responder solidariamente en lo que a la reparación del daño corresponde. Ello, sin perjuicio de que se inicie el correspondiente procedimiento administrativo de responsabilidad en contra de los servidores públicos involucrados, y en su caso, aplicarse la sanción administrativa que corresponda. Con independencia de lo que en su momento pudiera determinar la institución del Ministerio Público del Fuero Común, en cuanto a la responsabilidad penal se refiere, pues de lo aquí actuado se advierte que éste ya está conociendo del asunto, por lo que luego de que integre el acervo probatorio deberá de pronunciarse al respecto.

De la Reparación del daño.

Si bien es cierto que una de las vías previstas en el sistema jurídico mexicano para lograr la reparación del daño derivado de la responsabilidad de los servidores públicos consiste en plantear la reclamación ante el órgano jurisdiccional competente, también lo es que el Sistema No Jurisdiccional de Protección a los Derechos Humanos, de conformidad con lo establecido en los artículos 127, segundo párrafo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y 104 de la Ley Orgánica que rige las

actividades de este Organismo local, prevén la posibilidad de que al acreditarse la violación a los derechos humanos atribuible a un servidor público, la recomendación que se formule a la autoridad correspondiente debe incluir las medidas que procedan para lograr la efectiva restitución de los afectados en sus derechos fundamentales, y las relativas a la reparación de los daños y perjuicios que se hubieran ocasionado.

Ahora bien, los particulares tendrán derecho a una indemnización cuando sufran daños en sus bienes o derechos causados con motivo de la actividad administrativa irregular del Estado y sus Municipios, cuya responsabilidad será objetiva y directa, según lo dispone el artículo 127, segundo párrafo, de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Nayarit.

En ese sentido, el Estado tiene obligación de responder del pago de los daños y perjuicios causados por sus servidores públicos en ejercicio de sus funciones, de conformidad con lo estipulado por el artículo 1300 del Código Civil para el Estado de Nayarit.

En ese orden de ideas, independientemente de la forma en que se determine la responsabilidad de cada uno de los servidores públicos involucrados en esta queja, dentro de los procedimientos administrativos o judiciales que le sigan, resulta procedente que el Secretario de Salud del Gobierno del Estado de Nayarit, con justicia y equidad responda solidariamente en la reparación de los daños y perjuicios causados a los aquí agraviados, por la violación a los derechos humanos que aquí se han señalado, con motivo de la actividad administrativa irregular en que incurrieron diversos servidores públicos de la Secretaría de Salud del Estado de Nayarit, de conformidad con las consideraciones antes expuestas; y que de manera institucional, realice la indemnización conducente a la parte ofendida, conforme con la delimitación de responsabilidad que se señala en el presente apartado de observaciones, y en congruencia con lo estipulado en los artículos 1283, 1288, 1290 y 1300 del Código Civil para el Estado de Nayarit, en relación con los artículos 79 de la Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos para el Estado de Nayarit, y 1, 5, 6, 9, 15 y demás relativos de la Ley de Responsabilidad Patrimonial del Estado de Nayarit y sus Municipios.

En ese sentido ésta Comisión de Defensa de los Derechos Humanos, se permite formular a Usted C. **Secretario de Salud del Gobierno del Estado de Nayarit**, la siguiente **Recomendación**, en el entendido de que el compromiso de este Organismo, es el de coadyuvar con el servicio público, señalando los actos, omisiones o conductas que originan la violación de Derechos Humanos, con la pretensión de que se corrijan las anomalías, se repare el daño causado y que no se repitan, en beneficio de la comunidad.

RECOMENDACIÓN

PRIMERA. Gire instrucciones a quien corresponda a efecto de que en cumplimiento de la Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Nayarit, de la Ley General de Salud y Ley de Salud para el Estado de Nayarit, se inicie y determine procedimiento administrativo disciplinario en contra del **personal médico y de enfermería que se**

encontraban adscritos los días 05 cinco y 06 seis de julio del año 2016 dos mil dieciséis al servicio de urgencias del Hospital Civil “Dr. Antonio González Guevara” de Tepic, Nayarit, en el que se determine la responsabilidad administrativa en que pudieron haber incurrido, y por la comisión de actos violatorios de derechos consistentes en **Negativa o Inadecuada Prestación de Servicio Público Ofrecida por Dependencias del Sector Salud, Trato Indigno, Pérdida de la Vida y Ejercicio Indebido de la Función Pública, cometidos en agravio de V1. Y en caso de resultarle responsabilidad sean sancionados, respetando su derecho de defensa para que ofrezcan los elementos de prueba que consideren pertinentes, y aleguen, por si mismos, o a través de un defensor de acuerdo a lo ordenado en los ordenamientos antes invocados.**

SEGUNDA. Gire instrucciones a quien corresponda a efecto de que en cumplimiento de la Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Nayarit, de la Ley General de Salud y Ley de Salud para el Estado de Nayarit, se inicie y determine procedimiento administrativo disciplinario en contra del **personal médico y de enfermería que se encontraban adscritos los días 05 cinco y 06 seis de julio del año 2016 dos mil dieciséis al área de TRIAGE del Hospital Civil “Dr. Antonio González Guevara” de Tepic, Nayarit, en el que se determine la responsabilidad administrativa en que pudieron haber incurrido, y por la comisión de actos violatorios de derechos consistentes en **Negativa o Inadecuada Prestación de Servicio Público Ofrecida por Dependencias del Sector Salud, Trato Indigno, Pérdida de la Vida y Ejercicio Indebido de la Función Pública**, cometidos en agravio de V1. Y en caso de resultarle responsabilidad sean sancionados, respetando su derecho de defensa para que ofrezcan los elementos de prueba que consideren pertinentes, y aleguen, por si mismos, o a través de un defensor de acuerdo a lo ordenado en los ordenamientos antes invocados.**

TERCERA.- Gire instrucciones a quien corresponda a efecto de que en cumplimiento de la Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Nayarit, de la Ley General de Salud y Ley de Salud para el Estado de Nayarit, se inicie y determine procedimiento administrativo disciplinario en contra del **personal de admisión de pacientes que se encontraba adscrito el día 05 cinco de julio del año 2016 dos mil dieciséis al servicio de urgencias del Hospital Civil “Dr. Antonio González Guevara” de Tepic, Nayarit, en el que se determine la responsabilidad administrativa en que pudieron haber incurrido, y por la comisión de actos violatorios de derechos consistentes en **Negativa o Inadecuada Prestación de Servicio Público Ofrecida por Dependencias del Sector Salud y Ejercicio Indebido de la Función Pública**, cometidos en agravio de V1. Y en caso de resultarle responsabilidad sean sancionados, respetando su derecho de defensa para que ofrezcan los elementos de prueba que consideren pertinentes, y aleguen, por si mismos, o a través de un defensor de acuerdo a lo ordenado en los ordenamientos antes invocados.**

CUARTA.- Gire instrucciones a quien corresponda a efecto de que se diseñe, estructure y lleve a cabo un programa de capacitación y profesionalización respecto de la atención médica oportuna y adecuada en el servicio de urgencias y en el área de TRIAGE, del llenado del expediente

clínico y el uso de los formatos referencias y contrarreferencias. Programa con el que además se logre la concientización y humanización de los servicios de salud que presta en específico el Hospital Civil “Dr. Antonio González Guevara” de Tepic, Nayarit. Y con el que se evite la repetición de los actos que aquí se acreditaron como violatorios de derechos humanos.

QUINTA.- Gire instrucciones a quien corresponda a efecto de que el personal de guardia de seguridad deje de constituir un obstáculo o intromisión a la vida privada de los pacientes y familiares que acuden a solicitar los servicios salud de las diferentes áreas del Hospital Civil “Dr. Antonio González Guevara” de Tepic, Nayarit. Y se avoquen a las funciones propias de la seguridad.

SÉPTIMA.- Se ordene y se realice el pago de la indemnización que en vía de reparación del daño proceda conforme a Derecho, en los términos de las consideraciones planteadas en el capítulo de Observaciones de esta Recomendación, de conformidad con lo dispuesto en la legislación aplicable sobre la materia.

La presente Recomendación, de acuerdo con lo dispuesto por el artículo 102 apartado “B” de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 101 de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Nayarit; 2, fracción XVIII, 18, fracción IV, 25, fracción VIII, de la Ley Orgánica de la Comisión de Defensa de los Derechos Humanos para el Estado de Nayarit, es de carácter público.

De conformidad con lo ordenado por el artículo 107 de la Ley Orgánica que rige las actividades de este Organismo Estatal, solicito que la respuesta sobre la aceptación de esta Recomendación, en su caso, nos sea informada en el término de diez días hábiles siguientes al de su notificación.

Igualmente solicito a usted, que las pruebas y constancias que acrediten el cumplimiento de la presente Recomendación sean enviadas a esta Comisión Estatal, en otros diez días hábiles adicionales.

La falta de respuesta sobre la aceptación de la Recomendación, dará lugar a que se interprete que la presente Recomendación no fue aceptada, por lo que esta Comisión quedará en libertad de hacer pública esta circunstancia.

Se emite la presente Recomendación, en la ciudad de Tepic, capital del Estado de Nayarit; a los 31 treinta y un días del mes de octubre del año 2016 dos mil dieciséis.

A T E N T A M E N T E
El Presidente de la Comisión de Defensa de los
Derechos Humanos para el Estado de Nayarit.

Mtro. Huicot Rivas Álvarez.