



**VERACRUZ**  
GOBIERNO DEL ESTADO



# **COMISIÓN DE ARBITRAJE MÉDICO DEL ESTADO DE VERACRUZ**

**“TOMA COMPARTIDA DE DECISIONES  
EN EL CUIDADO DE LA SALUD”**



**LA ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE GENERA UNA  
RELACIÓN CLÍNICA HUMANIZADA**

**VOL. 14 NO. 1 ENERO – JUNIO 2013**  
**ÓRGANO OFICIAL DE DIFUSIÓN**



**VERACRUZ**  
GOBIERNO DEL ESTADO



## **COMISIÓN DE ARBITRAJE MÉDICO DEL ESTADO DE VERACRUZ**

**"TOMA COMPARTIDA DE DECISIONES  
EN EL CUIDADO DE LA SALUD"**



LA ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE GENERA UNA  
RELACIÓN CLÍNICA HUMANIZADA



VOL. 14 NO. 1 ENERO - JUNIO 2013  
ÓRGANO OFICIAL DE DIFUSIÓN

## **COMISIÓN DE ARBITRAJE MÉDICO DEL ESTADO DE VERACRUZ**

### **REVISTA CODAMEVER**

**España # 111, entre España y Paseo Jacarandas.**

**Fracc. Virginia, C.P. 91700, Veracruz, Ver.**

**Teléfonos: 229-934-04-00, 934-04-44, 934-30-44**

**Lada sin costo: 01-800-714-76-58**

**Correo electrónico: [codamever@hotmail.com](mailto:codamever@hotmail.com)**

**Página web: <http://www.codamedver.gob.mx/revista.htm>**

# DIRECTORIO

## CONSEJO DIRECTIVO DE CODAMEVER

|                                                       |                                      |
|-------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| Gobernador del Estado                                 | Dr. Javier Duarte de Ochoa           |
| Secretario de Salud                                   | Lic. Juan Antonio Nemi Dib           |
| Secretario de Finanzas y Planeación                   | Mtro. Carlos Aguirre Morales         |
| Secretario de Educación                               | Lic. Adolfo Mota Hernández           |
| Director General del Sistema Estatal DIF              | Lic. Astrid Elías Mansur             |
| Presidente de la Comisión Estatal de Derechos Humanos | Mtro. Luis Fernando Perera Escamilla |
| Contralor General del Estado                          | C.P. Iván López Fernández            |
| Comisionado                                           | Dr. Emilio Stadelmann López          |
| Subcomisionado Médico                                 | Dr. Jorge Luis Herrera Beltrán       |
| Subcomisionado Jurídico                               | Mtro. Roberto Virgen Riveroll        |

## CONSEJO EDITORIAL

Dr. Miguel Borrego Santillán  
Dr. Alfredo Guerrero Hernández  
Mtro. Ricardo Ortega González  
Lic. Ricardo Diez Kloss

## DISEÑO Y PRODUCCIÓN

Mtro. Ricardo Ortega González  
Dr. Alfredo Guerrero Hernández  
Ing. Eugenio Leyva Castillo

Revista electrónica *CODAMEVER* es el órgano de difusión de la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Veracruz, Organismo Público Descentralizado del Gobierno del Estado, con domicilio en España # 111, Fracc. Virginia, C.P. 94294, Boca del Río, Veracruz, Tels./Fax: 01-229-934-04-00, 934-04-44 y 934-30-44. Lada sin costo: 01-800-714-76-58. Correo electrónico: [codamever@hotmail.com](mailto:codamever@hotmail.com) Página web: <http://www.codamedver.gob.mx> Publicación semestral, Vol. 14 No. 1 Enero – Junio 2013. Distribución gratuita. Elaborada por el Consejo Editorial. Editor responsable: Dr. Emilio Stadelmann López. Los artículos firmados son responsabilidad del autor, las opiniones expresadas en dichos artículos son responsabilidad de sus autores y no necesariamente son endosados por la CODAMEVER. Se permite la reproducción parcial o total del material publicado citando la fuente.

# Contenido

|                                                              |           |
|--------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Mensaje del Comisionado . . . . .</b>                     | <b>3</b>  |
| <b>Emilio Stadelmann López</b>                               |           |
| <br>                                                         |           |
| <b>Editorial . . . . .</b>                                   | <b>4</b>  |
| <b>Roberto Virgen Riveroll</b>                               |           |
| <br>                                                         |           |
| <b>Toma de decisiones compartidas con el paciente.....</b>   | <b>5</b>  |
| <b>Alfredo Guerrero Hernández</b>                            |           |
| <b>Eugenio Leyva Castillo</b>                                |           |
| <br>                                                         |           |
| <b>La queja médica y su prevalencia ante CODAMEVER...16</b>  |           |
| <b>Consuelo del Carmen Fabián Marneau</b>                    |           |
| <br>                                                         |           |
| <b>Evaluación sobre la Mortalidad Materna en México. . .</b> | <b>20</b> |
| <b>Alfredo Guerrero Hernández</b>                            |           |
| <b>Eugenio Leyva Castillo</b>                                |           |
| <br>                                                         |           |
| <b>Noticias CODAMEVER . . . . .</b>                          | <b>36</b> |

## Mensaje del Comisionado

### Dr. Emilio Stadelmann López

La Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Veracruz, integrante del Consejo Mexicano de Arbitraje Médico, en mayo de 2011 paso de ser un Organismo Público Desconcentrado de la Secretaría de Salud a un Organismo Público Descentralizado del Gobierno del Estado de Veracruz alcanzando por méritos propios y por la necesidad de sus servicios la autonomía técnica que requería para emitir sus laudos y acuerdos.

Desde el momento mismo de su concepción la Comisión de Arbitraje Médico en Veracruz, se pretendió que estuviera cerca de los usuarios y prestadores de los servicios, por ello se ubico su domicilio en la ciudad de Veracruz por ser el punto que mayor número de camas hospitalarias en el estado.

Hoy nuestro decreto de creación como un organismo público descentralizado, nos permite la posibilidad de acercar aún más nuestros servicios a usuarios y prestadores de servicios médicos, a través de módulos que permitirán una mayor cercanía con la población usuaria de estos servicios y los prestadores de los mismos, para ello la CODAMEVER ha iniciado los trabajos para instalar tres módulos itinerantes en tres puntos importantes en el estado, en el norte Poza Rica; en el sur Coatzacoalcos y un tercero en la Capital del Estado, Xalapa.

Estos tres puntos junto con las oficinas centrales ubicadas en la zona conurbada de Veracruz-Boca del Río, nos permitirán cumplir con las instrucciones del Dr. Javier Duarte de Ochoa, Gobernador del Estado, tratar de resolver las diferencias entre usuarios y prestadores de servicios médicos y buscar la mejoría de los servicios de salud que reciben los Veracruzanos.

Esa mayor cercanía de la CODAMEVER con la población del Estado, nos obliga como Comisión a reconsiderar nuestro papel en el contexto social del estado, es importante que haya servicios de salud de calidad para la población, pero es mucho más importante que cada uno de nosotros reconozcamos que somos los primeros responsables en la conservación y mejoría de nuestra salud.

Vamos a iniciar una campaña permanente con la Secretaría de Salud de Veracruz y los Servicios de Salud en el Estado, encaminada a informar a la población de que nuestra salud es responsabilidad compartida entre el prestadores del servicio y el usuario, cada uno de nosotros debe tener conciencia de que el médico es responsable del diagnóstico y del tratamiento que indique, pero también es responsabilidad del usuario el correcto manejo de estas instrucciones (toma del medicamento, alimentación, reposo, etc. etc.), si queremos una notaria mejoría en nuestra salud.

La salud es responsabilidad de todos, por ello es importante que todos estemos informados, con la participación de usuarios, prestadores y autoridades, podemos obtener mejores resultados que benefician sin duda alguna a los usuarios, pero también nos permitiría disminuir el costo elevado de tratamientos

En salud, compartir nos permite tomar buenas decisiones y sin duda existen mayores posibilidades de mejores resultados para los usuarios y prestadores de servicios médicos.

## Editorial

Con una gran experiencia en el quehacer propio de sus actividades, la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Veracruz, se sitúa en el contexto estatal como un modelo de medio alternativo de solución de controversias, confiable, objetivo e imparcial, por el profesionalismo con el que se realizan sus actividades siempre encaminadas a encontrar la solución que resuelva la diferencia entre usuarios y prestadores de servicios médicos y que se generen mejoras a la calidad de los servicios de salud que demanda la población Veracruzana.

En el presente número de la Revista CODAMEVER Órgano Oficial de Difusión el personal de la Comisión ha preparado tres artículos que nos hablan de diversos tópicos es por ello que es importante identificar en su justa dimensión y aporte de cada uno.

La Lic. Consuelo del Carmen Fabián Marneau, del área de orientación y quejas nos presenta un trabajo respecto a la queja médica de la que se hace del conocimiento ante la CODAMEVER; es importante destacar en este punto, que para la comisión no solo es importante recibir una queja por parte de un usuario que considera que su atención o procedimiento médico no fue acorde a la *lex artis*, eso es importante, pero también es importante que el usuario este bien informado que sepa en que consiste nuestro procedimiento y cuales son los elementos que debe de presentar en caso de querer iniciar el procedimiento de queja en la CODAMEVER.

El pleno conocimiento de nuestro procedimiento y de los alcances de su queja, nos permite tener usuarios que tienen conciencia plena de lo que la CODAMEVER ofrece y que se puede realizar ante ella.

El Dr. Alfredo Guerrero Hernández y el Ing. Eugenio Leyva Castillo, nos presentan dos trabajos de investigación denominados “Toma de decisiones compartidas con el paciente” y “Evaluación sobre la Mortalidad Materna en México”, los cuales contienen muchos datos y reflexiones que son dignos de tomarse en cuenta para corregir en lo sucesivo.

Como en cada actividad que realizamos en la CODAMEVER, esperamos que para nuestros lectores, esta edición de la Revista CODAMEVER, sea de su entera satisfacción como lo es, para todos los que integramos la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Veracruz, quienes día con día nos esforzamos por brindar mejores servicios a los veracruzanos.

**Mtro. Roberto Virgen Riveroll**  
**Subcomisionado Jurídico**

## Toma de decisiones compartidas con el paciente

**Dr. Alfredo Guerrero Hernández**  
**Ing. Eugenio Leyva Castillo**

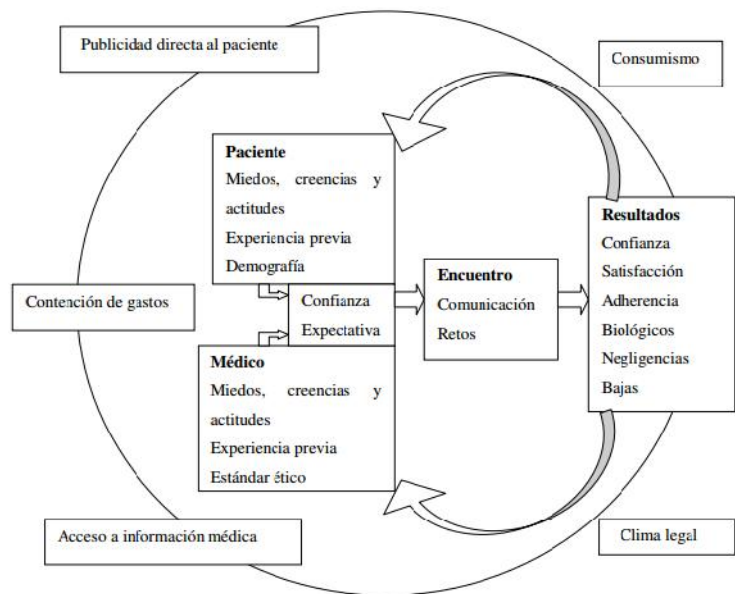
Desde los orígenes de la medicina hasta nuestros días se han producido importantes cambios conceptuales tanto en el concepto de enfermedad como en la relación de sus principales protagonistas, el médico y el paciente. La relación médico-paciente no puede ser vista como algo aislado sino que opera dentro de un amplio contexto social.

Existe el modelo propuesto por Gallagher y Levinson donde se propone un esquema de las influencias que afectarían a dicha interacción, constituido por un círculo formado por un núcleo central y otro periférico. En su interior se sitúan los miedos, creencias, actitudes y experiencias anteriores de médicos y pacientes. En ellas se fundamentarán la confianza y expectativas previas con que ambos acudirán a las consultas, generando un determinado clima relacional y propiciarán que se produzcan los resultados esperados. En el exterior del círculo, nos encontramos con el complejo sistema sanitario cuya unión es indisoluble de la relación médico-paciente. Este modelo se retroalimenta de las experiencias previas, de modo que un paciente que haya tenido un alto nivel de satisfacción en una visita acudirá a la siguiente consulta con más expectativas y confianza.

Según vemos en la (Figura 1), las interacciones que se produzcan durante el encuentro clínico influirán en los resultados obtenidos. Estas interacciones han sido analizadas por diferentes grupos de investigadores mediante numerosos estudios, que han puesto en evidencia cómo una comunicación efectiva:

- 1) Genera confianza
- 2) Reduce el stress emocional de los pacientes
- 3) Facilita las condiciones en el proceso de diagnóstico médico
- 4) Afecta en el manejo de decisiones médicas
- 5) Consigue mejora en los resultados de salud
- 6) Evita litigios legales
- 7) Aumenta la probabilidad de que el paciente siga las recomendaciones de tratamiento y
- 8) Produce aumento de la satisfacción de médico y paciente.

**Figura 1:** Modelo contextual de relación médico-paciente de Gallagher y Levinson<sup>19</sup>.



Durante las últimas décadas, la participación ciudadana adquiere relevancia en el ámbito de la salud pública y son el nuevo rol del paciente, como agente activo, gestor y generador de salud, y el paradigma de la atención centrada en el paciente, algunos de los hitos más importantes en la mejora continua de la atención sanitaria. La participación de los pacientes supone un nuevo modo de entender la relación entre éstos, los profesionales y sistemas de salud, no sólo desde el prisma del conocimiento, el manejo y el control de la propia salud, de manera individual o colectiva, sino también desde la influencia que puede llegar a tener en la planificación de políticas sanitarias. El aumento de la esperanza de vida y la consecuente prevalencia de enfermedades crónicas degenerativas, que suponen ya un 80% de las consultas de atención primaria, son factores fundamentales del cambio de papel en los pacientes. El lugar que ocupaban tradicionalmente la consulta y el profesional de la salud ante cualquier síntoma o signo de alarma, lo comienza a tener hoy día el auto cuidado y otros recursos de información y formación sanitaria al alcance de los pacientes y la ciudadanía.

Hemos podido asistir a una transformación desde un modelo de relación predominante biomédico, paternalista, y centrado en la enfermedad, a la progresiva incorporación de un modelo bio-psico-social, centrado en el paciente, donde se trata de atender las necesidades de la persona y se incorporan al proceso de la consulta. Dicho modelo implica para el médico la consideración de cada paciente como un ser único, una actitud de escucha activa abierta hacia la expresión de sus sentimientos y una respuesta a sus miedos, percepciones y expectativas. La comunicación centrada en el paciente, puede lograr que éste perciba que ha encontrado puntos comunes con su médico, que sus molestias y preocupaciones han sido evaluadas y que la experiencia de su enfermedad ha sido explorada.

Parece, por tanto, que esta comunicación centrada en el paciente requiere que el médico disponga de una serie de competencias comunicacionales que le permitan conocer, tanto la perspectiva del paciente respecto a su enfermedad, como las posibilidades de comprometerlo en su abordaje activamente (compartir la comprensión y el poder).

A pesar de que el modelo bio-psico-social puede presentar limitaciones teóricas y prácticas, existen evidencias que demuestran que, compartir decisiones y ofrecer distintas posibilidades terapéuticas, así como llegar a acuerdos, produce una mejora de resultados de salud.

La participación del paciente es una de las claves principales en el "abordaje centrado en el paciente, y los enfoques prácticos propuestos para este tipo de comunicación son similares a los recomendados para la participación de los pacientes en la toma de decisiones.

En este contexto, y en conjunción con un creciente interés por la promoción y la protección de los derechos del usuario, en la década de 1980 se acuña el término «toma de decisiones compartida». Si bien no existe en la actualidad una definición totalmente consensuada, se acepta que la toma de decisiones compartida implica un proceso de decisión conjunta entre pacientes y profesionales de la salud, que tiene como principal objetivo que los pacientes estén informados y adopten un papel más activo en las decisiones sobre su salud. En este proceso interactivo, el profesional sanitario aporta sus conocimientos técnicos sobre la condición de salud y el balance riesgo beneficio de las intervenciones diagnósticas y

terapéuticas disponibles, y el paciente aporta sus valores, preferencias y preocupaciones respecto a su experiencia con la condición de salud, así como las características que más le generan beneficios, riesgos y demás implicaciones de las intervenciones.

La toma de decisiones compartidas se ha descrito dentro de un espectro de interacción médico paciente. Según la aproximación de Charles et al se pueden considerar tres actividades principales para determinar el modelo de relación médico paciente:

- a) Transferencia de información.
- b) Deliberación.
- c) Decisión del tratamiento.

Según se desarrollen estas tres actividades, podemos definir tres modelos de relación. En un extremo encontramos un modelo paternalista (el médico hace lo que cree es mejor para el paciente sin tener en cuenta sus preferencias). En el extremo opuesto, la decisión informada, (el médico ofrece la información pero no consejo ni orientación al paciente y donde la responsabilidad de la decisión recae en éste). En el punto medio del mismo, nos encontraríamos con la toma de decisiones entre el médico y el paciente, donde ambos exponen sus valores y preferencias de tratamiento. Dentro de este punto intermedio, se encuentran constructos con connotaciones parecidas, como los siguientes: toma de decisiones informadas, concordancias opciones del paciente basadas en la evidencia, aumento de autonomía y participación mutua.

Elwyn, uno de los mayores expertos en el estudio del modelo de la toma de decisiones compartida (TDC), considera necesarios 5 escalones para ser adecuadamente definido, que incluirían:

1. Establecer un contexto relacional donde la perspectiva del paciente acerca de las diferentes opciones del tratamiento sean necesarias y bien valoradas;
2. Tener en cuenta las preferencias de los pacientes, que les permitan discutir las diferentes opciones de tratamiento;
3. Proporcionar información técnica al paciente respecto a las diversas opciones de tratamiento, los riesgos y sus posibles beneficios, de una forma no sesgada, clara y simple;
4. Ayudar al paciente a sopesar los riesgos versus los beneficios, y asegurarse de que sus preferencias estén basadas en hechos y no en falsas interpretaciones;
5. Compartir las recomendaciones terapéuticas con el paciente, teniendo en cuenta sus preferencias terapéuticas.

Sin embargo recientemente algunos autores como Epstein, observan que las personas, en el contexto de enfermedades serias, generalmente precisan de la ayuda de otros para permitirles pensar y sentir a su manera, frente a la toma de decisiones complejas. Estos autores desarrollan el concepto de mente compartida (shared mind), en el que pueden aparecer nuevas ideas y perspectivas cuando se comparten pensamientos, sentimientos, percepciones y significados en las interacciones entre dos o más personas.

En este sentido, consideran necesario reflexionar el paso de una entrevista centrada en el paciente, que prioriza una aproximación transaccional (focalizada en el conocimiento del paciente, la información-como-mercancía, la negociación, el consentimiento y la autonomía individual), hacia una aproximación interaccional (que promueve el conocimiento del paciente como persona, adapta la información que se le proporciona, tiene en cuenta sus preferencias, permite llegar a acuerdos mutuos y promueve la autonomía relacional).

El modelo de mente compartida propone, en referencia a la toma de decisiones compartidas y la autonomía del paciente, considerar no solo las perspectivas individuales de los pacientes, sus familias y los miembros del equipo asistencial, sino también las perspectivas que surgen de las interacciones entre ellos.

En la práctica clínica, pacientes y profesionales sanitarios se enfrentan habitualmente a situaciones en que deben tomar decisiones relacionadas con la elección de uno u otro procedimiento diagnóstico o terapéutico. En muchas ocasiones estas decisiones se toman con importantes grados de incertidumbre, en especial por parte del paciente, pero también a veces por parte de los profesionales de la salud.

Precisamente en estas situaciones de incertidumbre, en las que pudiera haber procedimientos de efectividad similar pero con diferentes riesgos o efectos adversos para el paciente, o cuando el éxito de un tratamiento pudiera depender de la comprensión y la valoración que el paciente haga de las diferentes opciones, o si las diferentes alternativas terapéuticas presentan incertidumbre científica en cuanto a su eficacia y efectividad, es de especial importancia la participación de los pacientes en el proceso de toma de decisiones relacionadas con su salud.

En las últimas décadas se está replanteando el papel que desempeña el paciente en los sistemas sanitarios, tanto desde un punto de vista legal como social. Este fenómeno está llevando a una mayor implicación del paciente en la toma de decisiones. Esta circunstancia se ve reflejada en distintos ámbitos donde el paciente/consumidor ha pasado de ser un mero espectador a convertirse en el protagonista de su propia salud.

Se trata de conseguir que el paciente participe en la toma de decisiones clínicas y de capacitar y motivar a los profesionales para que asuman el cambio de orientación y lo compartan con los usuarios. Del mismo modo, con el objetivo de fomentar la autonomía y participación de los ciudadanos/pacientes en la toma de decisiones compartidas.

Tomar decisiones siempre es complicado. Si se trata de decidir en situaciones de elevada incertidumbre, y cuando las opciones entre las que debe elegirse tienen a la vez consecuencias positivas y no tan positivas, la decisión se hace difícil. Si estas decisiones tienen, además, una implicación emocional elevada, aún es más complicado. Las decisiones que deben adoptar los pacientes caen en estas categorías y, por tanto, no hay que extrañarse de que les resulte una ardua tarea. El «arte de la atención» reside en gran parte, en resolver la asimetría de información en la que transcurre la práctica médica y, por consiguiente, en hacer más sencilla la toma de decisiones. Por otro lado el principio de autonomía en el que se

basan algunas reformas estructurales de los sistemas sanitarios de los países desarrollados, trae como consecuencia una mayor capacidad de elección para el paciente que, si no está habituado, puede llevarle a tomar decisiones inapropiadas. Para que el paciente tome decisiones sobre qué tratamiento debe seguir, han de darse las siguientes premisas: que el paciente desee información sobre su estado de salud y pronóstico, que quiera adoptar las decisiones sobre qué debe hacerse, que entienda la información que se le da, que esta participación en la decisión se demuestre útil.

Pese a las limitaciones de este tipo de investigaciones, puede afirmarse mayoritariamente que los pacientes desean poder tomar decisiones. Sin embargo, disfrutar de un derecho no implica necesariamente que se desee ejercitarlo. Los pacientes quieren ser informados si lo piden, poder tomar decisiones si lo desean, pero, conforme la gravedad de la enfermedad aumenta, la probabilidad de que prefieran que sea el médico quien tome las decisiones arriesgadas también aumenta. Casi un 10% prefiere que sea el médico quien asuma las decisiones, y un porcentaje parecido prefiere que el médico sencillamente le presente toda la información para poder decidir responsablemente. La variabilidad entre pacientes es muy amplia, por lo que la mejor recomendación es preguntar al paciente qué prefiere.

Existen diferentes métodos para poder informar más eficazmente al paciente, y parece que recurrir a ellos incrementa el grado de comprensión y facilita la tarea al paciente. La mera información acarrea problemas, ya que parece que los pacientes sobrestiman de esta forma la efectividad que cabe esperar de las diferentes opciones terapéuticas. Siempre que se pueda, es aconsejable recurrir a ayudas gráficas expresamente preparadas para lograr transmitir la información relevante a los pacientes. Es importante que el paciente adopte un papel más o menos activo, ya que en este caso ellos se muestran más satisfechos, confían más en su médico y, fundamentalmente, en la decisión que toman. Por último, parece probado que participar en alguna medida en la toma de decisiones, resulta positivo desde el punto de vista de la efectividad de los tratamientos.

### **Existen factores que promueven la transición de un paciente pasivo a activo.**

Nivel educativo más elevado, Cobertura de los temas sanitarios en los medios de comunicación, Cambios en la estructura de la familia y en los roles, Mayor acceso a la información sanitaria., Adopción del rol de usuario y de cliente-consumidor, Aparición de la Sanidad en la agenda política, Modificación de las expectativas existentes.

En el día a día, se puede observar cómo los medios de comunicación no solo no se muestran indiferentes sobre estas nuevas realidades, sino que se han hecho eco de estos cambios sociales. Así, en la prensa escrita, no es infrecuente encontrar artículos que resaltan la necesidad de un cambio en las actitudes y aptitudes de médicos y pacientes para incorporar las preferencias de estos a la toma de decisiones sobre aspectos relacionados con su salud.

Para ello es precisa la capacitación por parte de los profesionales de la salud, de habilidades necesarias para hacer comprensible a los pacientes los riesgos y beneficios, las alternativas disponibles y los resultados asociados a cada proceso.

Es evidente que dependiendo de la forma en que se obtenga la información y los criterios de calidad que se utilicen en su selección, los resultados que se obtengan podrán ser más fidedignos y estar mejor contrastados.

De este modo, los resultados obtenidos por un profesional de la salud regido por criterios de medicina basada en la evidencia y los de un paciente, pueden distar en calidad y cantidad de contenido. Por otro lado, un usuario puede llegar a disponer de gran cantidad de información sanitaria sobre un tema, sin que ello suponga una comprensión de su contenido. A pesar de la extensa información a la que el paciente puede tener acceso, algunos de ellos prefieren la búsqueda de información a través del médico y no de sí mismos. Esto en parte evitaría falsas expectativas creadas por los medios sobre distintas posibilidades diagnósticas o terapéuticas, ya que tener más información no es sinónimo de tener la mejor información o la más apropiada para una toma de decisiones.

Además, se añade el término toma de decisiones compartida para reflejar el hecho de que las decisiones se adoptan de manera conjunta entre el equipo médico y el paciente, una vez que el paciente dispone de la información necesaria. Todos los pacientes y médicos se ven enfrentados frecuentemente a situaciones clínicas “difíciles”, en las que existe un problema de salud importante para el cual se vislumbran estrategias de manejo con ventajas y desventajas significativas e incertidumbre en cuanto a sus resultados. En este escenario, es importante brindar información clara sobre la naturaleza del problema, ofrecer la mejor evidencia disponible sobre las opciones de manejo disponibles y contemplar los deseos del paciente.

La toma de decisiones compartidas (TDC) alude al proceso por el cual se vinculan estos elementos para lograr un resultado de salud satisfactorio para el paciente. Existe evidencia que indica que la adopción de estas estrategias confiere beneficios no solo para los pacientes, sino también para los médicos y el sistema de salud. Sin embargo aun se requiere mayor investigación para identificar cuáles son los instrumentos o técnicas que logran un mayor involucramiento en esta práctica y que limiten las barreras existentes.

Hay un creciente entusiasmo en involucrar a los pacientes como “socios” del cuidado de su salud, en especial al considerar prácticas preventivas y ante el abordaje de problemas crónicos degenerativos, ambos temas centrales de la atención primaria de la salud. Sin embargo deben encontrarse medios eficaces para implicar a los individuos en el proceso de toma de decisiones.

Una efectiva toma de decisiones compartidas (TDC) es definida como el mejor curso de acción ante la evidencia científica actual, los recursos sanitarios, las circunstancias clínicas y las preferencias del paciente. Puede entenderse también como el proceso por el cual un médico (u otro profesional de la salud) brinda información personalizada a un paciente sobre la naturaleza del problema que lo aqueja, las alternativas posibles de intervención o tratamiento, el espectro de resultados esperable y la incertidumbre circundante; y donde el paciente, por su parte, comunica sus valores y la importancia relativa (en términos de beneficios y daños) que él o ella les otorga a los aspectos discutidos, para posteriormente realizar una elección conjunta junto a su médico.

La figura 2 representa el concepto de cómo alcanzar una decisión óptima, la cual surge de integrar:

- a) Mejor evidencia disponible (sobre riesgo/beneficio) procedente de la investigación clínica;
- b) Pericia o maestría clínica, y;
- c) Preferencias del paciente.

Este modelo es coincidente con el de la buena práctica de la salud basada en la evidencia. Sólo la integración de estos componentes, tomando además en consideración el contexto social, familiar, económico, cultural y científico-asistencial, asegura una adecuada toma de decisiones. Ninguna decisión debiera tomarse considerando solo alguno de los dominios aislados.

Dada la necesidad de sopesar posibles beneficios y daños, la necesidad de orientación del paciente será cada vez más desafiante a medida que aumenten las opciones terapéuticas.



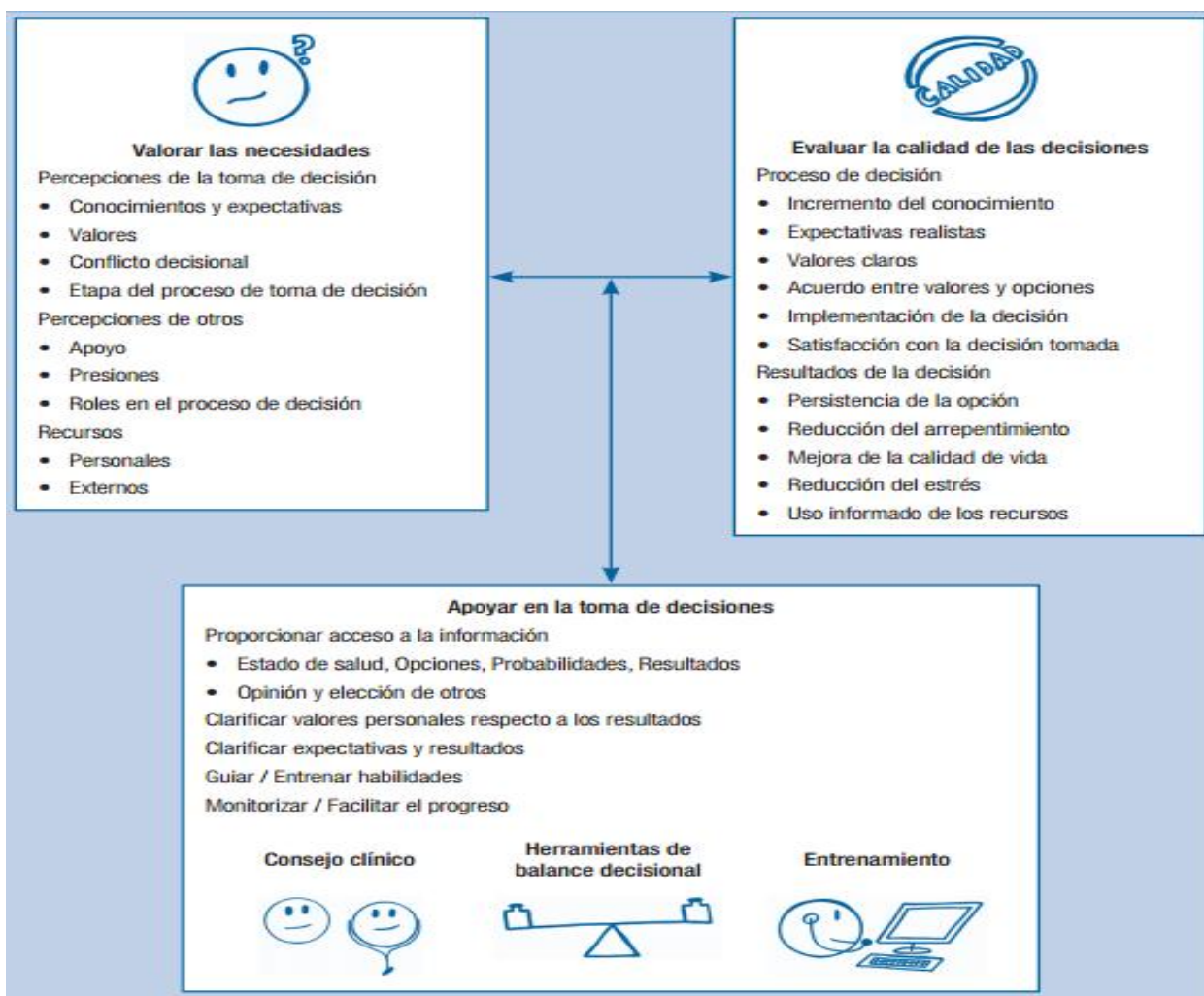
Figura 2. Modificado de Haynes et al. Evidence-Based Medicine 2002;7:36–38

El concepto de ayuda para la toma de decisiones del paciente se puede formular en base a teorías decisionales provenientes, entre otras, de la Economía y de la Psicología Cognitiva, que estructuran las decisiones de acuerdo a las opciones, los resultados y las probabilidades de resultados; así, el paciente elabora un mejor juicio del valor de los beneficios frente a los riesgos. Los autores del modelo explican que valorar las necesidades con respecto a la decisión de los actores involucrados en un proceso de toma de decisiones, ya sean personas a nivel individual, familias, poblaciones o profesionales de la salud, afectará a la calidad de las decisiones informadas y basadas en valores, lo que a su vez repercute en comportamientos (por ejemplo, retrasar la decisión), resultados de salud, emociones y en el uso adecuado e informado de los recursos.

Las necesidades que no se hayan resuelto afectarán negativamente a la calidad de las decisiones, de ahí que la ayuda a la toma de decisiones en forma de consejo clínico, herramientas de apoyo a la toma de decisiones y entrenamiento en habilidades específicas puedan mejorar la calidad de la decisión, abordando necesidades no resueltas.

Un creciente cuerpo de investigación muestra que tanto los pacientes como los médicos se benefician cuando los primeros estén bien informados y participan activamente en decidir cómo se va a tratar o manejar su propio estado de salud. Cuando los pacientes se sienten mejor informados sobre el proceso de decisión es más frecuente que sus decisiones coincidan con sus propias preferencias, valores y preocupaciones. Estos pacientes son más proclives a adherir al tratamiento y muchas veces califican más positivamente su salud después del tratamiento. La participación de los pacientes en la TDC puede estar asociada con resultados favorables de salud aun cuando los pacientes parezcan no participar del proceso.

A continuación, se muestra gráficamente el Modelo de Ayuda para la Toma de Decisiones en salud, basado en el Ottawa Decision Support FrameWork (2006), el cual es aceptado internacionalmente por la comunidad de investigadores que trabajan en este campo.



Basado en AM O'Connor, Ottawa Decision Support Framework to Address Decisional Conflict. 2006. Disponible en [www.ohri.ca/decisionaid](http://www.ohri.ca/decisionaid).

Desde una perspectiva ética o jurídica no puede negarse el derecho de los pacientes a ser informados sobre su enfermedad y poder elegir entre las diferentes opciones de tratamiento (si hubiese), o participar en las decisiones que se tomen al respecto (si lo desean).

Humanizar la asistencia exige tener en cuenta las expectativas y experiencias previas del paciente (contando con su familia), manejar conocimientos científicos actualizados, abordar conjuntamente de forma clara y serena el margen de incertidumbre inherente a cada procedimiento, elaborar propuestas de intervención teniendo en cuenta sus preferencias y ratificar la opción elegida. Implicar a los pacientes en la toma de decisiones podría resultar una buena estrategia para mejorar el cumplimiento terapéutico. El paciente activo, interesado por conocer lo que a su salud concierne y motivado a participar en las decisiones que se tomen al respecto, es un modelo emergente en las sociedades desarrolladas. Factores determinantes de esta tendencia son el mayor nivel educativo.

Tanto desde la perspectiva ética como desde la gestión de recursos, resulta imprescindible desarrollar un modelo de atención centrada en el que consulta (paciente, cliente).

Sin embargo, compartir decisiones podría exigir mayor inversión de tiempo en la consulta. La necesidad de optimizar el tiempo cuando las condiciones de trabajo son de excesiva presión asistencial es posible que induzca a considerar que explorar valores y preferencias, cuanto menos, es superfluo si no contraproducente. Sin embargo, las pruebas científicas demuestran que los pacientes que se implican más consiguen mejores resultados.

Así lo reconoce la Agency for Healthcare Research and Quality, que ha elaborado recomendaciones dirigidas a los pacientes, «un paciente más formado en salud puede suponer una menor inversión de tiempo en tratar y aconsejar, una mayor adherencia al régimen de tratamiento, una mayor responsabilidad en el cuidado de su salud y, mediante la participación activa en su propio tratamiento, una mejora más rápida de su condición de salud, o en el caso de enfermedades crónicas, llevar una vida más satisfactoria y duradera».

La información, sobre todo la referida a enfermedades con mal pronóstico, puede ser iatrogénica. Pero lo determinante de la información iatrogénica no es tanto la veracidad o la transparencia cuanto el estilo comunicativo.

Los pacientes necesitan, además de recibir una atención de calidad, sentirse tratados como personas. Para ello, es imprescindible respetar su intimidad, atender sus emociones y tener en cuenta sus valores, invitándoles a participar en las decisiones si lo desean. La participación mejora los resultados de la atención clínica.

Tener que decidir puede producir disonancia cognitiva o ambivalencia, que se podría definir como incertidumbre sobre el curso de acción óptimo ante una elección que incluye riesgos, pérdidas o cambios en los valores personales (NANDA 2002). El conflicto desencadenado por tener que decidir, si no es conducido de forma adecuada, puede empeorar la evolución de la enfermedad.

Entre los médicos está extendida la convicción de que informar sobre la incertidumbre podría generar inseguridad y, por lo tanto, prefieren recurrir a pruebas o tratamientos innecesarios, aunque resulten desproporcionados e incluso perjudiciales. Sin embargo, ocultando información se crea una dinámica de falsas expectativas respecto a la infalibilidad de la ciencia y el poder de la tecnología, que induce al paciente a tolerar peor un mal resultado.

Cuando se pregunta a los pacientes, éstos se manifiestan claramente partidarios de que se cuente con ellos y esperan de sus médicos que les respondan a sus preguntas de forma comprensible y sincera, que les permitan consultar su historia clínica, que les inviten a participar en las decisiones, que no se molesten si se plantean obtener una segunda opinión (y no ser castigados por el sistema), así como poder tener diferentes posibilidades de acceso a la consulta, como internet o teléfono, además de la visita presencial. Ayudar al paciente a decidir o contar con su opinión antes de tomar decisiones clínicas importantes son formas complementarias e imprescindibles de culminar la entrevista clínica

### **Tendencias, conclusiones y recomendaciones**

Los programas y las acciones de información y formación sanitaria, que tradicionalmente excluían a los pacientes y la ciudadanía, hoy los toman como corresponsables. La formación de pacientes expertos y la formación entre iguales son estrategias que cada vez se incorporan más a las agendas políticas de salud pública. Íntimamente relacionado, la atención centrada en el paciente y la toma de decisiones compartida constituyen un área de gran interés en el empeño por mejorar la atención prestada a los usuarios. La participación activa del paciente supone un nuevo modo de entender la relación terapéutica, respetuosa con los derechos del paciente y potencialmente beneficios para el proceso terapéutico.

Se argumenta que «la motivación primaria para participar depende verosímilmente de la obtención de algún beneficios tangible», cuando se trata de participar en salud parece que hay más factores que evidencian estas diferencias. En los pacientes influirá el nivel de educación, y el grado de conocimiento en salud, la confianza en las propias capacidades, el tipo de toma de decisiones requerida, los resultados que están en juego, el tipo de enfermedad y comorbilidad, el uso de medicinas alternativas y factores sociodemográficos como la edad, el sexo, el nivel socioeconómico y el origen étnico. También influyen la especialidad del profesional sanitario que les atiende y la aceptación de su nuevo rol, siendo este último uno de los factores que más influyen, junto con el bajo nivel de formación o educación sanitaria y el escaso conocimiento del problema de salud en cuestión.

También los profesionales tienen dificultades de aceptación del nuevo rol de los pacientes, por lo que supone de abandono del papel tradicional y de delegación de poder. Otros aspectos, como la falta de tiempo, las creencias personales o el tipo de problema, han sido definidos por los profesionales como barreras que dificultan la participación de los pacientes. Cabe destacar que los profesionales de atención primaria son más proclives a la participación de los pacientes que los de atención especializada, y que la educación de los profesionales sanitarios en la mejora de la comunicación con los pacientes también beneficia a la participación de estos últimos.



### Puntos clave

- Pacientes más informados, formados y activos en su proceso de salud forman parte de un continuo cambio en su papel dentro de los sistemas sanitarios.
- Los pacientes participan en salud de manera tanto individual, en su propio proceso de salud, como colectivamente, en iniciativas y evaluaciones de acciones en salud pública y servicios sanitarios.
- Los programas de paciente experto y educación entre iguales comienzan a estar en las agendas de los centros sanitarios y en las políticas de salud pública.
- Los temas en que pacientes y ciudadanía se forman e informan van desde enfermedades crónicas hasta cuidados a personas dependientes, cuidados paliativos, seguridad del paciente o hábitos de vida saludables.
- El modelo de toma de decisiones compartida supone un área de gran interés en el empeño por mejorar la atención prestada por los servicios sanitarios, en especial en aquellas situaciones en que hay incertidumbre y la evidencia científica informa de un balance entre beneficios y riesgos que resulta similar para dos o más opciones terapéuticas.
- La participación activa del paciente en las decisiones relacionadas con su salud supone un nuevo modo de entender la relación terapéutica entre profesionales y pacientes, que parece adecuado para el proceso terapéutico.
- Las estrategias de salud pública pueden verse reforzadas con el desarrollo y la implementación de herramientas de ayuda para la toma de decisiones compartida que favorezcan la participación de los pacientes en las decisiones relacionadas con su salud.

### Bibliografía

<http://www.foroaps.org/files/toma%20de%20decisiones%20compartidas.pdf>

<http://www.youtube.com/watch?v=eFudnxd0wul>

<http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/10705/TesisLPM.pdf;jsessionid=80D9F658CE4148151E40775D1835F8F0.tdx2?sequence=1>

<http://aunets.isciii.es/ficherosproductos/371/UETS%2009-07.pdf>

[http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/eop/S0213-9111\(11\)00369-4.pdf](http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/eop/S0213-9111(11)00369-4.pdf)

<http://zl.elsevier.es/es/revista/atencion-primaria-27/la-toma-decisiones-conjunta-medicina-una-dificil-90145639-comentario-editorial-2012>

<http://zl.elsevier.es/es/revista/atencion-primaria-27/un-modelo-toma-decisiones-compartida-paciente-13137723-articulo-especial-2009>

<http://ddd.uab.es/record/98449?ln=es>

## La queja médica y su prevalencia ante CODAMEVER

Consuelo del Carmen Fabián Marneau<sup>1</sup>

### I. OBJETIVO

La Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Veracruz (CODAMEVER), tiene por objeto contribuir a resolver los conflictos suscitados entre los usuarios y los prestadores de los Servicios Médicos, sin perjuicio de la actuación de las instancias jurisdiccionales, contribuyendo a tutelar el Derecho a la Protección de la Salud, así como a mejorar la calidad en la prestación de los servicios médicos.

La queja médica desde el punto de vista administrativo, civil y penal constituye una alternativa de la población para ejercer su derecho de asegurar una atención de calidad; detrás de ella existe un conjunto complejo de políticas de salud, organización, estructura y función institucional que aunque orientado a proporcionar una adecuada atención, puede llegar a presentar deficiencias, las cuales se traducen en conflictos que se atienden para dilucidar el papel que los diversos factores tuvieron en la misma.

En la CODAMEVER se solucionan controversias civiles por la vía de la orientación, la asesoría, la gestión, la conciliación y el arbitraje. Los casos se deben argumentar y documentar lo suficiente para que la queja sea aceptada y de inmediato la Comisión notifique a los prestadores involucrados. En todo el proceso siguiente, el análisis del expediente clínico desempeña un papel fundamental.

La población que acude a la CODAMEVER siempre manifiesta situaciones en las que

presumiblemente se cometió algún tipo de irregularidad, o la parte quejosa considera que el comportamiento y desempeño de los prestadores de servicios médicos involucrados es cuestionable. Por lo anterior, casi todos los casos plantean esencialmente insatisfacción e implícitamente, en sus asuntos se argumentan elementos de la calidad de la atención recibida. Esta información es valiosa por la manera espontánea en que es expresada originalmente, y por lo tanto, a través de ella se puede saber cuales son las inconformidades de la población y qué instituciones están involucradas y por qué.

El Departamento de Orientación y Quejas es la puerta de entrada de las inconformidades de los usuarios que se presentan ante la Comisión, éstas son analizadas en forma conjunta por médico y abogado a través de los siguientes manejos:

- **Asesoría Especializada:** Procedimiento mediante el cual se otorga información médica-jurídica al usuario y/o su promovente, sobre sus derechos y obligaciones en materia de salud, con una amplia explicación técnico-médica que aclare todas sus dudas e inquietudes.
- **Orientación:** Actividad encaminada a desahogar interrogantes e inquietudes respecto de las atribuciones, competencia y limitaciones de CODAMEVER; así como a las instancias a las que debe acudir cuando el asunto no es competencia de la Comisión

<sup>1</sup> Jefa de la Oficina de Unidad de Género

- **Queja Médica:** Petición a través de la cual una persona física por su propio interés o en defensa del derecho de un tercero, solicita la intervención de la CODAMEVER en razón de impugnar la negativa de servicios médicos, o la irregularidad en su prestación. Puede ser resuelta mediante gestión inmediata, conciliación o laudo arbitral.
- **Gestión Inmediata:** Procedimiento arbitral mediante el cual se promueve la resolución de inconformidades de los usuarios, que después de un análisis médico-jurídico se considera que ameritan una pronta solución, tales como: requerimiento de atención médica en urgencia calificada, referencia a otra unidad, cambio de médico, diferimiento de la atención, falta de insumos o medicamentos, negativa de atención y revaloración médica.

## II. REGLAMENTO

De acuerdo al Reglamento de Procedimientos para la Atención de Quejas Médicas y Gestión Pericial de CODAMEVER., publicado en la Gaceta Oficial del Estado de Veracruz-Ignacio de la Llave el 30 de enero de 2013, las quejas deberán presentarse de manera personal o mediante persona autorizada, debiendo contener:

- Nombre, domicilio y teléfono del usuario y/o su representante así como prestador del servicio médico contra el cual se levante la inconformidad.
- Relato de los hechos motivo de la inconformidad.
- Número de afiliación o registro del usuario, cuando la queja sea interpuesta en contra de Instituciones Públicas que asignen registro a los usuarios.
- Pretensiones hacia el prestador del servicio
- En caso de actuar a nombre de un tercero,

la documentación comprobatoria de su representación (carta poder o autorización judicial).

- Aceptación y firma de la Cláusula Compromisoria.
- Firma o huella digital de quién levanta la inconformidad.

A la queja se debe acompañar copia simple de los documentos que den soporte a los hechos manifestados, así como de su identificación personal (Credencial para votar, pasaporte, cédula profesional).

Debemos señalar que los derechohabientes del IMSS y el ISSSTE antes de plantear una queja en la CODAMEVER deben agotar los procedimientos que les ofrecen dichas instituciones.

## III. ASUNTOS ATENDIDOS

Desde que CODAMEVER inicio sus funciones en marzo de 1999 hasta el 30 de mayo de 2013, se han atendido un total de 5,865 asuntos de los cuales se constituyeron en **2683** Asesorías, **1510** Quejas, **775** Orientaciones y **897** Gestiones Inmediatas.

La sede actual de CODAMEVER es única y se encuentra ubicada en la Ciudad de Boca del Río, Veracruz, por lo cuál la mayoría de las inconformidades proceden del área conurbada Veracruz- Boca del Río y Xalapa.

## IV. PRETENSIONES

a) **De atención médica,** las cuáles se desglosan en: Cuando requieren tratamiento especializado, auxiliares de diagnostico, revaloración o reconsideración del acto médico, sesiones de medicina física y rehabilitación, servicios médicos de por vida, explicación técnico-medica por parte del equipo de salud o de un médico, que la unidad hospitalaria donde fue atendido cuente con insumos, recursos humanos suficientes.

b) **De sanción:** Cuando pretenden una investigación y/o castigo, como pudiera ser el retiro de cédula profesional, suspensión del ejercicio o pena privativa de libertad. En estos casos, se les informa que la Comisión no tiene facultades para aplicar dichas sanciones por lo que se les orienta para que se dirijan a las autoridades competentes como podrían serlo las contralorías internas, juzgados civiles o ministerio público.

c) **De carácter económico:** Cuando demandan el pago de daños y perjuicios, una indemnización, subsidio de traslado del paciente a otra unidad hospitalaria, reembolso de gastos médicos y eventualmente gastos funerarios en los casos de Exitus Letalis.

## V. PREVENCIÓN

Algunos puntos susceptibles de prevenirse y mejorarse en la prestación de servicios de salud son: Las expectativas generales que tiene la sociedad sobre la medicina, la cual debería ser triunfalista, esperan obtener un buen resultado por lo que cuando se enfrentan a un resultado inesperado surgen dudas, conflictos y por lo tanto se da la queja, para lo cual requieren de asesoría y orientación al respecto.

Algunos usuarios han argumentado recibir un trato inadecuado o hasta prepotente por parte del personal o equipo de salud al solicitar información sobre el estado de salud del familiar, previniéndose de una manera sencilla y sin demasiados trámites administrativos y burocráticos a través de un trato cordial y respetuoso de ambas partes.

El usuario o su representante han consultado previamente buscando resolver su problemática y en ocasiones se sienten decepcionados encontrando respuestas diferentes a lo que esperaban. Se ubica el problema y sus posibles soluciones, se previene ampliando la información correspondiente.

Esfuerzos futuros, que pudieran establecer el trabajo de investigación que aquí desarrollamos, serán muy valiosos, ya que sirven para ordenar lo que a primera vista puede parecer problemas aislados que sucedieron a personas independientes, pero que realmente reflejan problemas recurrentes que caracterizan la calidad de los servicios médicos y las diversas formas que éstos tienen de manifestarse.

## VI. PROPUESTAS

1.- Instalación de módulos de atención y recepción de quejas en las principales ciudades del Estado, cubriendo las zonas Centro, Norte y Sur, que permitan acercarnos más al usuario.

2.- Mejorar la comunicación entre el paciente, su familia y el equipo de salud.

3.- Fomentar la cultura de los Usuarios para incrementar la calidad de los servicios médicos.

4.- Sensibilizar a Directivos y personal de las unidades de servicio sobre la importancia de una buena relación médico-paciente.

5.- Coordinar con las universidades, gremios estatales y con la ciudadanía acciones de orientación, difusión y práctica de la queja médica como elemento de formación profesional a fin de elevar la calidad de la atención médica.

6.- Evaluación y monitoreo constante de la Queja médica para dar un seguimiento a la calidad de los servicios otorgados.

8.- Ampliar los Convenios de Colaboración entre la CODAMEVER y dependencias del Sector Salud, tanto a nivel municipal, estatal y federal, para conjuntar acciones en el ámbito de sus respectivas competencias para la atención y seguimiento de las quejas derivadas de irregularidades en la prestación o negativa de servicios.

9.- Ampliar y mantener el equipamiento y la capacitación del personal adscrito a CODAMEVER.

## VII. BIBLIOGRAFÍA

1. Decreto de Creación de la Comisión de Arbitraje Médico del Estrado de Veracruz.  
Publicado en la Gaceta Oficial el 16 de mayo de 2011.
2. Reglamento de Procedimientos para la Atención de Quejas Médicas y Gestión Pericial de la Comisión de Arbitraje Médico  
del Estrado de Veracruz. Publicado en la  
Gaceta Oficial el 30 de enero de 2013.
3. Comisión Nacional de Arbitraje Médico.  
“Modelo Mexicano de Arbitraje Médico”.  
México, D.F. 2003. pág. 139-141.
4. CODAMED.VER. En línea:  
[www.codamedver.gob.mx](http://www.codamedver.gob.mx) [Consulta:  
Marzo 10, 2008]

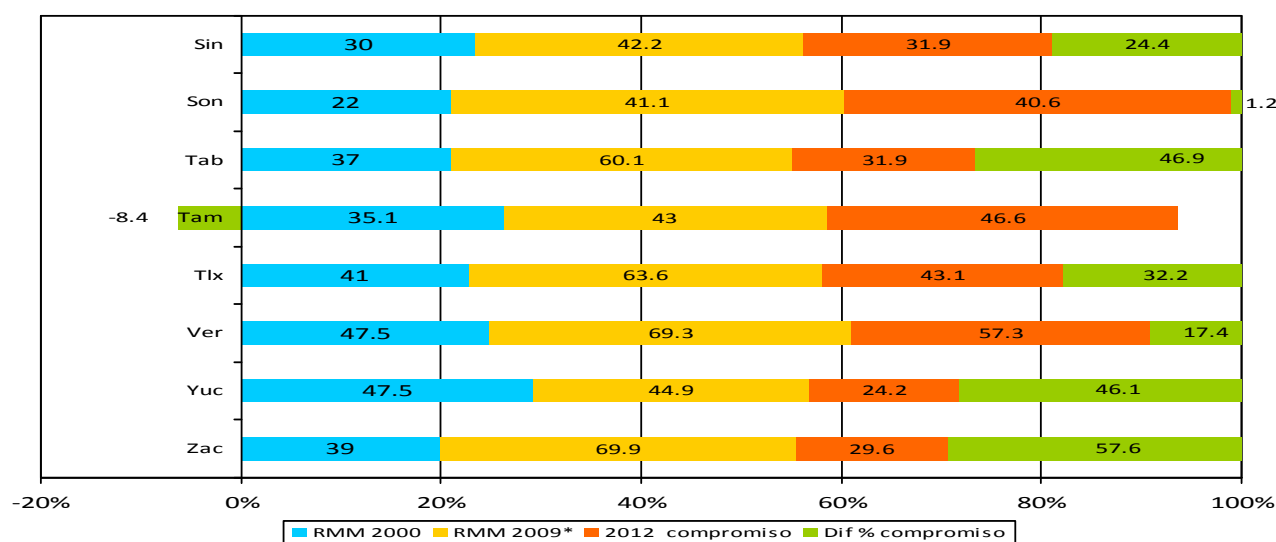
## Evaluación sobre la Mortalidad Materna en México

**Dr. Alfredo Guerrero Hernández**  
**Ing. Eugenio Leyva Castillo**

México tiene una larga trayectoria en cuanto a programas de atención materna, que prácticamente surgieron con el nacimiento de la seguridad social en la década del cuarenta. Sin embargo, el desarrollo de la extensión de cobertura —proceso que ha tardado décadas— y la fragmentación del sistema de salud han impedido que todas las mujeres accedan a servicios de salud de la misma calidad. La muerte materna es un indicador importante de la calidad de los servicios de salud y de la equidad en el acceso y la prestación de los servicios. Por ello su análisis resulta tan importante.

Se define como la muerte de la mujer durante el embarazo, el parto o los 42 días posteriores al parto, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto o puerperio, o su manejo, pero no por causas accidentales.

Con fin de fortalecer la rectoría del gobierno federal en el sector salud, el Consejo de Salubridad General publicó, el 1° de noviembre de 2004 en el Diario Oficial de la Federación, el acuerdo por el que se establece la aplicación obligatoria en las instituciones públicas y privadas del Sistema Nacional de Salud de los componentes sustantivos y estratégicos del Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida y de la vigilancia epidemiológica activa de las defunciones maternas. Básicamente, este acuerdo dispone la exigencia a todas las instituciones del sector salud incluyendo al sector privado de notificar todo lo referente al fallecimiento de una mujer por causas asociadas a la maternidad y aplicar los lineamientos de atención establecidos en el Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida.



**Tendencia de la Razón de Muerte Maternas por entidad federativa 2000, 2009\*, compromiso 2012. Estados Unidos Mexicanos 2009.**

Considerando que los distintos niveles de gobierno tienen el compromiso de respetar y garantizar los derechos humanos, el derecho a la salud y los derechos reproductivos, la viabilidad de los decesos maternos convierte a éstos automáticamente en un problema de salud pública y de justicia social que debe afrontar el gobierno en sus distintos niveles, pues los estudios realizados hasta ahora muestran que si bien el proceso reproductivo representa riesgos para todas las mujeres, no todas lo sufren en el mismo grado.

El consejo Nacional para la infancia y la Adolescencia en su informe 2007-2009, para reducir al menos un tercio la razón de mortalidad materna como primer paso hacia la meta final de disminuirla en tres cuartas partes para el 2015. Meta país: Reducir 35% la razón de mortalidad materna.

A nivel internacional, la medida generalmente utilizada para identificar y evaluar la existencia y gravedad de las barreras para el acceso a los servicios de salud materna es la **Razón de Mortalidad Materna (RMM)**, que expresa el número de mujeres que mueren durante el embarazo, parto o puerperio por cada 100,000 nacidos vivos.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), todos los días mueren 800 mujeres en el mundo por causas relacionadas con el embarazo y el parto. La mayor parte de estas muertes son prevenibles y un porcentaje muy grande corresponde a mujeres en situación de vulnerabilidad: rurales, indígenas, afro descendientes y pobres.

La normativa nacional en el ámbito federal y local otorga carácter prioritario a la prestación de servicios de salud materna en las instituciones del Sistema Nacional de Salud. Las obligaciones internacionales de derechos humanos contraídas por México comprometen al Estado a prevenir la muerte materna; sin embargo, los datos estadísticos no muestran una reducción notable en los últimos cinco años.

Tanto las principales causas como las entidades federativas con el mayor registro de casos han permanecido sin cambios. Esta situación es sin duda un reflejo de la existencia de problemas estructurales en el Sistema que impiden a las mujeres un acceso efectivo a los servicios de salud materna. La Ley General de Salud “establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general y prevé como materia de salubridad general la atención materno infantil<sup>33</sup> la cual, a su vez, se considera como parte de los servicios básicos de salud para los efectos del derecho a la protección de la salud.

## MARCO NORMATIVO.

El derecho de las mujeres a la salud materna tiene como fundamento los derechos humanos a la vida, a la integridad personal, a la salud, a la autonomía reproductiva, a la vida privada, a la igualdad y no discriminación, reconocidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y los tratados internacionales ratificados por el Estado mexicano.

## **LEY GENERAL DE SALUD Y SU REGLAMENTO.**

Los servicios específicos de atención materna están previstos en el capítulo V de esta ley, donde se indica que la protección materno infantil y la promoción de la salud materna “abarca el periodo que va del embarazo, parto, postparto y puerperio, en razón de la condición de vulnerabilidad en que se encuentra la mujer y el producto y engloba, entre otras acciones, “la atención integral de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio, incluyendo la atención psicológica que requiera”. Asimismo, esta ley enfatiza el derecho de las mujeres embarazadas a obtener servicios de salud “con estricto respeto de sus derechos humanos.

### **Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993.**

Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Esta norma, adoptada en 1993, establece el protocolo de atención médica para las mujeres durante todo el periodo del embarazo, el parto y el puerperio con el fin de garantizar una atención de calidad y reducir la mortalidad y morbilidad materno infantil.

**La NOM-007-SSA2-1993**, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido (NOM 007) establece la obligación de las unidades médicas de registrar el número de atenciones médicas a mujeres embarazadas, durante el parto y puerperio; también norma la notificación oportuna de los casos de muerte materna, información que debe ser concentrada por el personal responsable de la estadística de la unidad y de la institución para remitirla a la Secretaría de Salud con el propósito de alimentar el Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS), misma que se encuentra disponible en su sitio de internet.

Esta norma es de cumplimiento obligatorio para todo el personal de salud que atiende a mujeres embarazadas en las unidades del sector público, social y privado a nivel nacional.

Por su carácter, la atribución de la responsabilidad por la muerte de estas mujeres, puede concluir con una sanción a los prestadores de servicios, con la responsabilidad administrativa de la institución de salud o con la atribución de responsabilidad internacional del Estado por el incumplimiento de sus obligaciones en materia de derechos humanos. Es importante que estos casos sean resueltos ante las instancias competentes, que permitan la investigación de los hechos y causas bajo los cuales sucedieron, y que determinen la eventual responsabilidad civil, administrativa, penal y en materia de derechos humanos, así como la consecuente reparación integral para las víctimas.

**La CODAMEVER** (Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Veracruz) creada en 1999, a pesar de existir el procedimiento de queja en la Ley General de Salud, es una institución pública que ofrece mecanismos alternos de solución de controversias entre usuarios y prestadores de servicios médicos, para “evitar grandes cargas de trabajo para los órganos jurisdiccionales, sin sustituirlos”. Sin embargo, las facultades de las comisiones son lograr acuerdos entre las partes para determinar los daños de carácter civil derivados de la prestación de servicios médicos.

El fundamento jurídico mediante el cual esta Comisión se encuentra facultada para llevar a cabo las opiniones técnico médicas acerca de la muerte materna lo encontramos en el artículo 4. del Decreto de Creación de la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Veracruz, en particular en sus fracciones VI, IX y X que a la letra dicen:

“ARTICULO 4° REGLAMENTO INTERIOR. - La Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Veracruz tendrá las siguientes atribuciones:

- ...VI. Emitir opinión sobre las quejas de que conozca, e intervenir de oficio en cualquier otra cuestión que se considere de interés general en la esfera de su competencia;
- IX. Elaborar los dictámenes o peritajes médicos que le sean solicitados por las autoridades encargadas de la procuración e impartición de justicia, así como otras instituciones oficiales;
- X. Convenir con instituciones, organismos y organizaciones públicas o privadas, acciones de coordinación y concertación para el mejor cumplimiento de sus funciones;...”

Sin duda, la gran mayoría de las muertes maternas prevenibles están relacionadas con fallas estructurales e institucionales del sistema de salud. Por eso, es importante que los procesos de rendición de cuentas y acceso a la justicia se comprendan como una oportunidad para mejorar los sistemas de salud y para coadyuvar en la prevención; que sean procesos de rendición de cuentas constructivos y contribuyan a que los prestadores de servicios de salud puedan realizar su trabajo en mejores condiciones.

El hecho de que existan mecanismos de monitoreo y rendición de cuentas permite evaluar la efectividad de las políticas y programas existentes, para luego llevar a cabo las reformas y modificaciones necesarias con el objetivo de mejorar su efectividad.

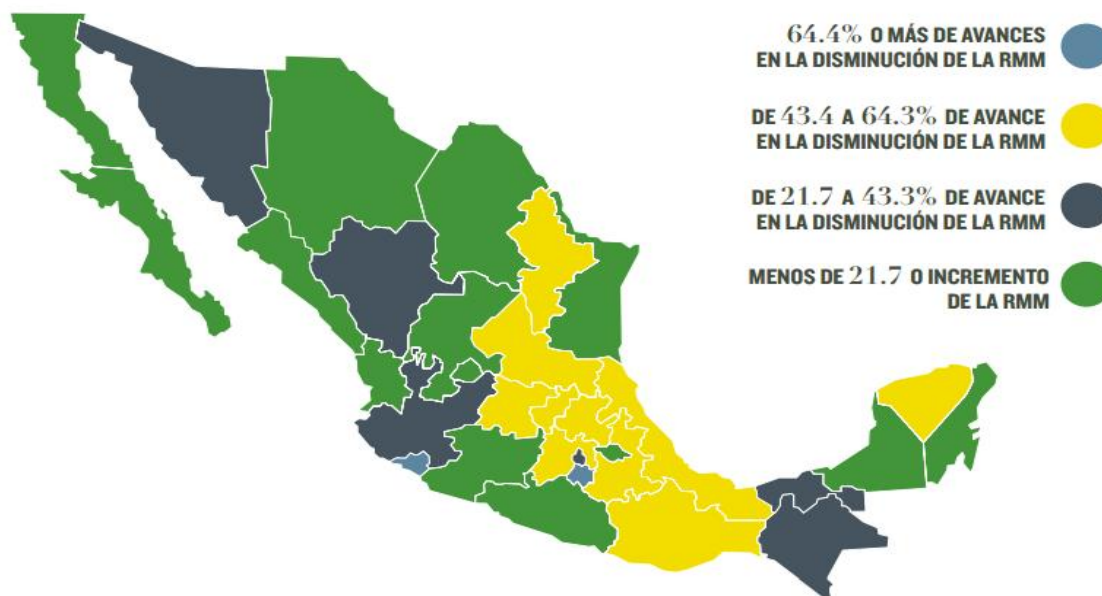
Aunado a esta normativa y para garantizar su implementación, el Gobierno federal y los gobiernos locales han establecido diversos programas y políticas para reducir la mortalidad materna. Algunos de estos programas fueron mencionados ya en la sección sobre la situación en México, especialmente el de “Arranque Parejo en la Vida”, sin embargo el apartado de implementación se centrará en el análisis de los mecanismos de rendición de cuentas y el acceso a la justicia en casos de muerte materna, y no de los programas existentes.

Los servicios específicos de atención materna están previstos en el capítulo V de esta ley, donde se indica que la protección materno infantil y la promoción de la salud materna “abarca el periodo que va del embarazo, parto, postparto y puerperio, en razón de la condición de vulnerabilidad en que se encuentra la mujer y el Producto y engloba, entre otras acciones, “la atención integral de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio, incluyendo la atención psicológica que requiera”. Asimismo, esta ley enfatiza el derecho de las mujeres embarazadas a obtener servicios de salud “con estricto respeto de sus derechos humanos”.

En México, la RMM en 2008 fue de 57.2, en 2009 de 62.2, en 2010 de 51.5 y en 2011 de 50.7 por cada 100,000 nacimientos.<sup>14</sup> En números absolutos, de 1990 a 2011 fallecieron 28,042 mujeres por complicaciones durante el embarazo, aborto, parto o puerperio.<sup>15</sup> Si analizamos avances y retrocesos en términos de RMM, entre 1990 y 2010, de las 32 entidades

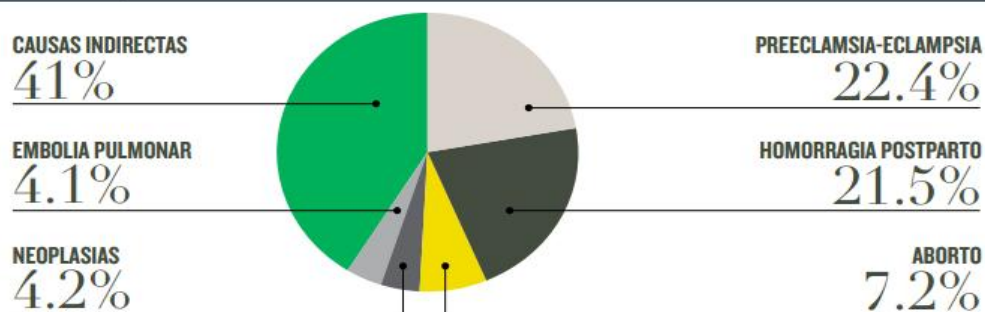
federativas, 14 registraron avances mínimos, incluso un incremento, y 18 la redujeron. Cabe resaltar los casos de Colima y Morelos que la redujeron 64.4% o más. Hay que recordar que de conformidad con los ODM, México se comprometió a reducir la RMM en 75% para 2015. Dada la tendencia actual, es muy probable que el Estado mexicano no pueda cumplirlo.

### PORCENTAJES DE AVANCE POR ENTIDAD FEDERATIVA EN EL OBJETIVO 5 DE DESARROLLO DEL MILENIO ENTRE 1990 Y 2010



FUENTE: Observatorio de Mortalidad Materna en México, *Porcentajes de avance por entidad federativa en el Objetivo 5 de Desarrollo del Milenio entre 1990 y 2010.*

### DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE CAUSAS DE MORTALIDAD MATERNA / MÉXICO 2012



Fuente: Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología.

El aborto, causa de 7% --en promedio-- de muerte materna durante los últimos veinte años,<sup>20</sup> en 2010 provocó 9.3% de los fallecimientos. Sin embargo, en 2010 representó entre 11 y 25% en diez estados de la República (como se muestra en el cuadro siguiente)<sup>21</sup> y en 2011, en ocho estados, registró un porcentaje igual o mayor a diez.<sup>22</sup>

## CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES DE LA MUERTE MATERNA POR CAUSA E INSTITUCIÓN / MÉXICO 2010-2012

|                                                      | 2010 <sup>29</sup>           |                                              |        | 2011 <sup>30</sup>     |                      |                              | 2012 <sup>31</sup>     |                      |        |
|------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------|--------|------------------------|----------------------|------------------------------|------------------------|----------------------|--------|
| TOTAL                                                | 992                          |                                              |        | 955                    |                      |                              | 949                    |                      |        |
| DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR LAS TRES PRIMERAS CAUSAS | PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA       | HEMORRAGIA EN EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO | ABORTO | PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA | HEMORRAGIA POSTPARTO | SEPSIS E INFECCIÓN PUERPERAL | PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA | HEMORRAGIA POSTPARTO | ABORTO |
|                                                      | 25%                          | 19.6%                                        | 9.3%   | 24%                    | 22.3%                | 7.6%                         | 22.1%                  | 21.2%                | 7.1%   |
| DISTRIBUCIÓN POR INSTITUCIÓN                         | SERVICIOS ESTATALES DE SALUD |                                              |        | SECRETARÍA DE SALUD    |                      |                              | SECRETARÍA DE SALUD    |                      |        |
|                                                      | 529 MUJERES MUERTAS          |                                              |        | 464 MUJERES MUERTAS    |                      |                              | 467 MUJERES MUERTAS    |                      |        |
|                                                      | IMSS                         |                                              |        | SIN ATENCIÓN MÉDICA    |                      |                              | IMSS                   |                      |        |
|                                                      | 169 MUJERES MUERTAS          |                                              |        | 200 MUJERES MUERTAS    |                      |                              | 146 MUJERES MUERTAS    |                      |        |
|                                                      | INSTITUCIONES PRIVADAS       |                                              |        | IMSS                   |                      |                              | INSTITUCIONES PRIVADAS |                      |        |
|                                                      | 85 MUJERES MUERTAS           |                                              |        | 146 MUJERES MUERTAS    |                      |                              | 88 MUJERES MUERTAS     |                      |        |

FUENTE: Elaboración propia de GIRE a partir de datos obtenidos del Observatorio de Mortalidad Materna y de la Secretaría de Salud.

Muchas de estas causas se relacionan con la falta de acceso a servicios de salud de calidad, que se asocian con costos elevados de la atención médica, deficiencias en los insumos y equipos, y la falta de personal capacitado. Asimismo, existen barreras estructurales como las leyes, políticas y prácticas que perpetúan la discriminación contra las mujeres en el ámbito social, económico y familiar.

En años recientes, se ha renovado el interés por enfrentar el problema de la mortalidad materna en México mediante, por un lado, una política de largo aliento en el Sistema Nacional de Salud, —que apunta a lograr para 2030 la integración funcional del Sistema—, y, por otro, la instauración del Sistema de Protección a la Salud a través del Seguro Popular para mejorar el acceso equitativo de mujeres a los servicios. Estas políticas públicas darán frutos a corto plazo, o sea, una prestación del servicio también más justa. Finalmente, lo que se pretende es mejorar la utilización de los servicios y elevar el nivel de acceso a través de la portabilidad de las usuarias para un acceso más universal y no fragmentado.

El reto es enorme y muestra de ello son los hallazgos sobre las muertes maternas ocurridas en 2010. A dos años de la puesta en marcha del Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de las Emergencias Obstétricas, y de por lo menos 10 años de iniciativas dirigidas a mejorar la prestación del servicio, se puede reconocer que aún existen barreras económicas, culturales y de calidad que determinan la muerte prematura —identificada oficialmente— de alrededor **de 1,000 mujeres al año, para 2010 el número oficial fue de 992 muertes.**

Este informe da cuenta de las características sociodemográficas de quienes murieron por las principales causas de muerte materna, mediante el análisis de bases de datos de la DGIS y los expedientes resguardados en ella. Se ha elegido el modelo de las demoras en la atención.

Los resultados se exponen en cinco apartados, cada uno de los cuales aborda los aspectos clínicos más relevantes de las causas de muerte elegidas para este estudio: Enfermedad Hipertensiva del Embarazo (EHE), hemorragia obstétrica, aborto, Sepsis, y dos causas de muerte indirectas: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) e influenza, esta última convertida en un flagelo para la maternidad durante 2009. Para cada uno de estos padecimientos se elabora un perfil socio demográfico de las víctimas (cuyo resumen se expone a continuación) y se analizan casos paradigmáticos que reflejan la problemática en el acceso y en los procesos de atención durante la gestación respecto de la muerte de estas mujeres.

La Enfermedad Hipertensiva del Embarazo es la principal causa de muerte materna con 25 por ciento del total. De las 248 fallecidas por EHE, más de la tercera parte corresponde a mujeres, de las cuales casi la mitad inició la atención prenatal durante el primer trimestre del embarazo, resultando este grupo el de mayor porcentaje, con más de cinco consultas prenatales. En una gran proporción de ellas (206) la atención del parto fue realizada por un médico o una médica y la atención ocurrió más frecuentemente en los Servicios Estatales de Salud (SESA) y en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). De las mujeres fallecidas por EHE, en las mayores de 35 años se ubica la mayor proporción de las que no acudieron a recibir atención prenatal y arribaron a los servicios de atención con eclampsia, y 95 por ciento murió en una unidad pública. También en este grupo el porcentaje de solteras y de quienes no contaban con educación básica fue mayor. Aunque en general la atención prenatal no previno la muerte por EHE, las condiciones clínicas fueron de mayor gravedad en quienes no contaban con atención prenatal, presentando, además, un perfil socio demográfico más desventajoso.

De las 248 mujeres que fallecieron por EHE, el 7 por ciento eligió como primera opción de atención para su emergencia obstétrica una unidad de salud de primer nivel: centro de salud, consultorio, médico o unidad médica rural; el resto buscó atención en hospitales generales, regionales, de zona y de especialidad en obstetricia, aunque el 2 por ciento recurrió como segunda instancia de atención, nuevamente a unidades de primer nivel, es decir, que, tomando en cuenta la naturaleza de su padecimiento, su búsqueda de atención fue totalmente errática. Las unidades de segunda opción fueron hospitales generales regionales y especializados o de alta especialidad.

Si las comparamos con las hemorragias, la EHE lleva a las mujeres a la muerte de manera más tardía es decir, el periodo entre la complicación y el fallecimiento es más largo. Es importante señalar que generalmente las mujeres con EHE llegan a la tercera instancia en muy malas condiciones, prácticamente al borde de la muerte, es decir, que son referidas para morir en otro sitio. Aunque en la mayoría de los casos se señalaba en los expedientes que “se enviaban hacia una unidad de cuidados intensivos”, lo cierto es que sus condiciones ya no permitían su recuperación, casi todas ellas con muerte cerebral. Los casos paradigmáticos que analizaremos darán cuenta de ello. Todas murieron en unidades públicas; los expedientes consultados revelan que cuando una mujer sufre de complicaciones severas, los hospitales privados las refieren para morir en los hospitales públicos.

La hemorragia obstétrica es la segunda causa de muerte materna (19.6 por ciento) con 194 defunciones, incluidas las mujeres fallecidas por placenta previa con hemorragia, desprendimiento prematuro de placenta, hemorragia del tercer periodo de parto, y hemorragias inmediatas y tardías.

El porcentaje de mujeres que no contaba con estudios básicos completos fue de 54.7, 11.9 no tenía escolaridad, 24.2 era hablante de lengua indígena, y 30.4 por ciento carecía de seguro médico o afiliación a alguna institución de salud, estas últimas presentaron mayores desventajas sociales en relación con el resto de las fallecidas.

Las entidades federativas con mayor ocurrencia fueron Chiapas (22), seguido de Oaxaca (20), Puebla (17) y el Distrito Federal (14). El 68.6 por ciento de las defunciones sucedió en algún establecimiento médico, 20.6 en el hogar y 6.2 en la vía pública. Destaca que el 18.6 por ciento de las mujeres muertas por hemorragia no recibió asistencia médica. De las fallecidas, el 60.3 por ciento había tenido más de dos embarazos, en un rango de una a 15 gestaciones y con una media de 3.6. Sólo dos terceras partes de ellas (63.4 por ciento de los casos) fueron atendidas por personal médico y el 13.4 por parteras.

Como dato relevante debe mencionarse que el 75.8 por ciento contó con atención prenatal, y que el 42.3 lo inició durante el primer trimestre del embarazo, documentándose un nulo control prenatal en 5.7 por ciento (once casos). La mayoría de las mujeres sin control prenatal eran mayores de 18 años, de las cuales solo tres contaban con educación básica completa. La cuarta parte de las mujeres muertas por hemorragia obstétrica (el 25.8 por ciento por ciento) contó con más de cinco consultas prenatales.

De las complicaciones obstétricas, la hemorragia es la que requiere una atención expedita y depende de la disponibilidad de un puesto de sangrado o de un banco de sangre. De lo anterior se deduce que la limitación para el acceso a un establecimiento con capacidad resolutoria para esta modalidad de emergencia obstétrica, genera demoras en el inicio de la atención y contribuye a la ocurrencia de muertes maternas. Cerca de la quinta parte de estas mujeres no recibió atención médica antes de morir, proporción elevada en comparación con el resto de las fallecidas, por lo cual un alto porcentaje de certificados de defunción fue llenado por una autoridad civil, casi tres veces más con respecto al resto de las causas, lo cual significa que en la localidad de la muerte no existían servicios de salud.

Los abortos corresponden aproximadamente al 10 por ciento de todos los egresos hospitalarios por razones maternas de los servicios públicos de salud (sin considerar las atenciones brindadas en los servicios de urgencias y en las instituciones privadas). Durante 2010 ocurrieron 92 defunciones a causa de abortos, representando casi la décima parte del total de muertes maternas y resultando la tercera causa en orden de importancia, sin considerar a las vinculadas con otras complicaciones. La cuarta parte de estas mujeres (26.1 por ciento) eran solteras —rasgo demográfico más elevado respecto de las fallecidas por otras causas maternas—, y 13 por ciento tenía estudios profesionales (el porcentaje más alto observado para este nivel de estudio respecto del resto de causas de muerte). Además, el 6.5 por ciento era hablante de lengua indígena.

El 43.5 por ciento de las fallecidas por esta causa no contaba con algún sistema de protección a la salud o seguridad social; el 38 falleció en unidades de los SESA, 14.1 en unidades del IMSS y casi el 10 en unidades médicas privadas, mientras que el 5.4 murió en la vía pública, destaca que el 90.2 por ciento contó con asistencia médica antes de morir, el 15.2 había sido sometida a una cesárea y el 20.7 jamás tuvo un parto. Por otro lado, el 42.4 por ciento no tuvo control prenatal (el más elevado respecto de fallecidas por otras causas).

Alrededor del 80 por ciento de las mujeres con un cuadro de aborto recurrió para la atención de su emergencia obstétrica a los hospitales públicos. Un porcentaje importante de los fallecimientos por aborto se debió a embarazos ectópicos (42 de 92 casos). El análisis de las historias clínicas revela las dificultades para el diagnóstico y tratamiento oportunos de los embarazos anormalmente implantados. El perfil que destaca es de solteras, insertas en el mercado laboral, con un mayor nivel de estudios con respecto al resto de las fallecidas y con el más alto porcentaje de “ningún tipo de afiliación o aseguramiento”. Adicionalmente casi el 35 por ciento de los certificados de defunción fueron llenados por un médico legista, cifra que es casi tres veces mayor que en el resto de causas.

Por número de embarazos, las fallecidas por hemorragia y aborto son las que tuvieron un mayor número de gestas; en las fallecidas por aborto casi el 70 por ciento tenía al menos tres hijos y en hemorragia se dio el caso con el mayor número de gestas (15). Se documentó que en seis fallecimientos por hemorragia y aborto (cuatro y dos casos, respectivamente) el evento obstétrico no fue asistido por nadie.

Por otra parte, el mayor porcentaje de las 18 defunciones ocurridas por Sepsis corresponde al grupo de edad de 30 a 34 años (33.3 por ciento); 17 de las 18 mujeres carecía de empleo remunerado, ninguna tenía educación básica completa y siete eran beneficiarias del Seguro Popular. Las fallecidas por esta causa pertenecían a los grupos sociales más vulnerables. Cerca de una cuarta parte de ellas era hablante de lengua indígena (cuatro casos); pese a que un poco más del 60 por ciento de las mujeres contó control prenatal (casi la mitad asistió a más de cinco consultas prenatales) y en la mayoría (14) la atención del parto estuvo a cargo de un (a) médico (a).

Tradicionalmente se ha documentado que las muertes por Sepsis ocurren en mujeres cuyos partos se dan en condiciones poco salubres. La primera demanda de atención en siete de los 18 casos ocurrió en los SESA, cinco en una unidad médica privada y dos terceras partes de ellas (12 de los 18 casos) fueron atendidas en una segunda unidad médica. Al igual que las fallecidas por Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), las mujeres que perecieron por Sepsis no estaban insertas al mercado laboral. Por otro lado, junto con las fallecidas por EHE, son las que tuvieron un mayor número de consultas prenatales (más de cinco).

Por causas de mortalidad obstétricas indirectas, en 2010 murió el 26.3 por ciento de las mujeres embarazadas (261 casos). El VIH-SIDA representó el 4.6 por ciento (12 casos) de las causas de mortalidad obstétricas indirectas, y las enfermedades respiratorias por su parte contribuyeron con 13.4 por ciento (35 casos).

Por lo anterior, en este trabajo se analizó el 18 por ciento de las causas de mortalidad obstétricas indirectas. Por Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) durante la maternidad fallecieron 12 mujeres embarazadas en 2010 (tres de las 12 corresponden a Chiapas, dos al Distrito Federal y dos a Oaxaca). Ocho de ellas eran mayores de 30 años, 11 tenían pareja, 7 vivían en unión libre y cuatro estaban casadas; ninguna contaba con empleo remunerado.

Poco más de la mitad de estas mujeres (siete de los 12 casos) era beneficiaria del Seguro Popular, aunque todas recibieron atención médica antes de su fallecimiento. Tres cuartas partes (nueve casos) murieron en unidades médicas de los SESA. El certificado de defunción fue expedido en nueve casos por un médico diferente al tratante y 10 de las 12 mujeres tuvieron tres o más embarazos. Seis de las fallecidas no llevaron a término el embarazo; nueve contaron con control prenatal y cinco lo iniciaron en el primer trimestre de la gestación. Nueve tuvieron la atención del parto o legrado uterino en los SESA. La primera unidad donde buscaron atención pertenece a los SESA (nueve casos) y más de la mitad (siete) murió en esa primera unidad de atención. La mayoría de las mujeres residían en zonas urbanas, no eran indígenas, tenían más de 30 años, habían tenido más de tres embarazos, vivía en unión libre y, sin un trabajo remunerado, eran amas de casa.

De las 35 muertes registradas por enfermedades respiratorias, la mayoría correspondió al grupo de edad de 20 a 24 años (13 de 35 casos). De éstas, 28 tenía pareja y también 28 carecía de empleo remunerado. La mayor proporción de estas muertes corresponde a mujeres residentes de estas tres entidades: Jalisco, Estado de México y Distrito Federal. Sólo dos mujeres carecían de educación formal.

Por otra parte, cerca de la mitad (16) era beneficiaria del Seguro Popular y todas recibieron atención médica antes de su fallecimiento. La mitad (18) murió en alguna unidad médica de los SESA. El certificado de defunción fue expedido, en su mayoría (71.4 por ciento), por un médico diferente al médico tratante. 57.2 por ciento (20 casos) tuvo uno o dos embarazos. En 68.6 por ciento (24) de los casos el parto fue atendido por un (a) médico (a). El 60 por ciento (21) contó con control prenatal. Más de la quinta parte (22.9 por ciento) asistió a más de cinco consultas. El 57.1 por ciento (20) recibió la atención del parto en los SESA.

En su mayoría las hablantes de lengua indígena murieron por EHE, hemorragias y Sepsis, pero no se documentó ninguna fallecida por VIH hablante de lengua indígena. Los casos analizados y sus trayectorias muestran que las mujeres más pobres e indígenas, a pesar de estar afiliadas al Seguro Popular (SP), no tienen suficiente capacidad de pago para su traslado a los municipios o localidades donde hay disponibilidad de laboratorios y los servicios básicos de atención prenatal que ofrece el SP. Adicionalmente, estas historias documentan que las mujeres indígenas fallecen en sus hogares, pese a ser beneficiarias del Programa Oportunidades o del SP.

En teoría, el Programa Oportunidades abre un espacio de oportunidad para disminuir la mortalidad materna entre las mujeres más pobres. Por otro lado, a las que no están incluidas en algún programa de desarrollo social se les margina —incluyendo a sus familias— de los servicios de atención para población abierta.

**Estos casos dan cuenta de que la mayor parte de las muertes ocurre en el segundo nivel de atención, y evidencian un limitado análisis del papel desempeñado por el primer nivel para el ingreso oportuno a una instancia resolutive de las mujeres con una emergencia obstétrica.**

A pesar de que se dispone de una metodología para la búsqueda intencional de las muertes maternas, falta información acerca de los procesos de atención ocurridos en el primer nivel.

**Al segundo nivel pareciera que acuden las mujeres sin referencia ni apoyo en el traslado, aún en los casos de emergencia obstétrica. Por lo anterior, existe una clara desvinculación entre el primer y el segundo nivel de atención.**

**Las mujeres fallecidas por EHE, Sepsis y enfermedades respiratorias, cuyos cuadros clínicos tienen un desarrollo fatal a lo largo de un periodo más largo, fueron referidas hasta en tres establecimientos (aunque hay casos documentados de hasta seis referencias), lo cual refleja la carencia de una red de servicios institucionales e interinstitucionales.**

El contacto frecuente y continuo con los servicios de salud a través del control prenatal no asegura el tratamiento oportuno ni la referencia adecuada para resolver las complicaciones durante el embarazo, parto o puerperio, y la saturación de los servicios de salud en el segundo nivel lleva frecuentemente a que las mujeres sean dadas de alta a pesar de contar con un diagnóstico de alto riesgo.

El manejo clínico de buena parte de los casos analizados revela una deficiente capacidad, no solamente en lo que concierne a la educación universitaria médica básica (primer nivel) sino en el entrenamiento en las especialidades médicas (primer y segundo niveles). La documentación de los casos revela limitaciones en habilidades y competencias médicas basadas en la evidencia científica disponible, y una falta de seguimiento o de lineamientos claros en el manejo de la enfermedad materna.

**Los expedientes y minutas que emanan de los Comités de Mortalidad Materna tienen una calidad heterogénea; generalmente emiten observaciones generales, existe poca homogeneidad en los profesionistas que deben llenar los expedientes así como en la metodología a aplicar para analizar los casos y, sobre todo, para hacer recomendaciones y promover mejoras en el desempeño.**

**Resulta necesaria una evaluación del funcionamiento de los comités, de los instrumentos, de los lineamientos de recomendaciones y de su seguimiento.**

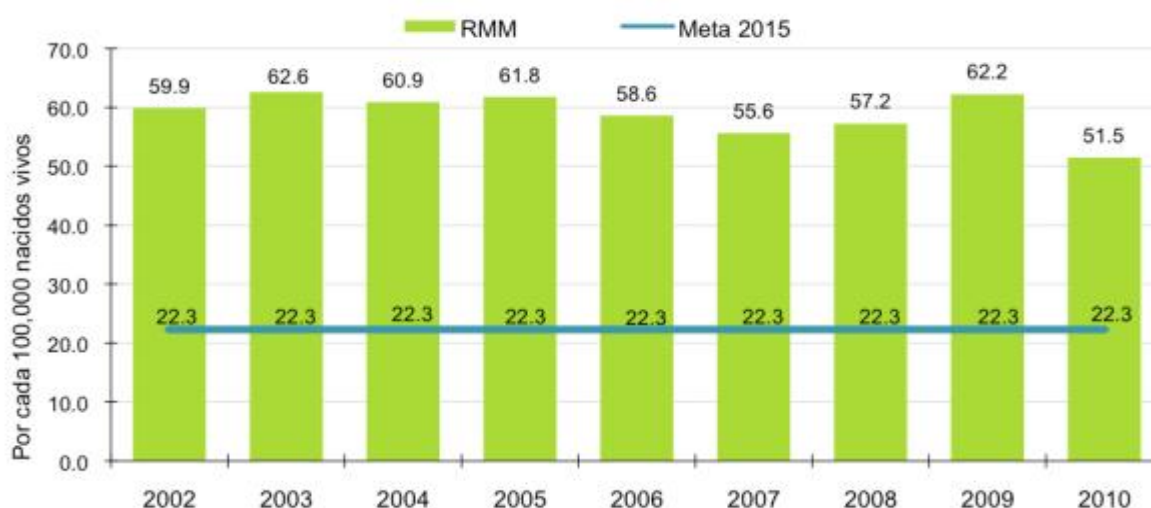
Por último, cada apartado del documento cuenta con una sección de conclusiones que emanan del análisis del conjunto de las muertes maternas para cada una de las causas analizadas y finaliza con Recomendaciones resultado del diagnóstico en su totalidad. Adicionalmente se incluyen cuatro anexos en los cuales el lector encontrará de manera sistematizada la información recabada y analizada para la conformación de este informe.

## Antecedentes, objetivos y metodología.

La mortalidad materna constituye un grave problema de salud pública, derechos humanos, desarrollo social, equidad de género y justicia social. En México no se ha logrado la disminución de las cifras de mortalidad desde 2002 de manera consistente (Gráfica 1). Las muertes maternas pueden prevenirse, ya que la mayoría de las complicaciones se pueden resolver con el desarrollo tecnológico existente, siempre que se brinden servicios de atención de calidad y se atiendan oportunamente.

**Gráfica 1**

**México. Evolución de la Razón de Mortalidad Materna, 2002-2010**



Incluye los códigos de clasificación CIE10: O00-099, A34, D392, F53, M830, embarazadas con B20-B24 y se excluyen las muertes maternas tardías o por secuelas (O96 y O97) y por coriocarcinoma (C58X). A partir del año 2007 se excluyen defunciones con residencia en el extranjero y defunciones extemporáneas (antes de 2006) para el cálculo de la RMM.  
Fuente: Información proporcionada por la Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud. Nacimientos estimados por CONAPO, Versión Censo 2005.  
OMM Numeralia 2010.

Como parte de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, México se ha comprometido a reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes entre 1990 y 2015, lo que significa que para 2015 la Razón de Mortalidad Materna (RMM) disminuya a 22 muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos estimados. El Gobierno Federal (2006-2012) se ha comprometido a disminuir la mortalidad materna en 40 por ciento respecto a la población general y en 50 por ciento en los municipios de alta marginación. La respuesta del sistema de salud ante tal reto se ha plasmado en diversas acciones, que si bien han contribuido a su decremento, hasta 2009 no habían logrado los resultados esperados para asegurar que las metas comprometidas puedan ser alcanzadas. Para 2010 la RMM es de 51.5, disminuyendo 10 puntos con respecto a la de 2009.

Es importante señalar que México tiene una RMM 17 veces mayor a la de países como Suecia o tres veces mayor a la de países similares, como Chile.<sup>4</sup> En el país hay inequidades importantes, así, los municipios con población indígena (70 por ciento o más de hablantes de lengua indígena) tienen la RMM hasta tres veces mayor que aquellos municipios sin población indígena, y en el caso de las mujeres que mueren en el IMSS presentan una RMM siete veces menor que la de las que no cuentan con seguridad social.<sup>5</sup> Por ello en la última década se han promovido estrategias focalizadas a los estados y a los municipios.

Ahora bien, el Artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece que toda persona tiene derecho a la protección de la salud y que la ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud. A su vez, la Ley General de Salud (LGS) define dos criterios de acceso a los servicios: a) ser derechohabiente de alguna institución de seguridad social o del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), o b) pertenecer a la población general no derechohabiente de dichos servicios. Asimismo, la atención materno-infantil es motivo de salubridad general (Artículo 3º de la LGS) y se incluye en el paquete de servicios básicos de salud (Artículo 27) dirigidos a toda la población. Los servicios de salud materno-infantil se prestarán en establecimientos públicos de salud, regidos por criterios de universalidad y gratuidad fundados en las condiciones socioeconómicas de los usuarios (Artículo 35).

Por otra parte, el sistema de salud mexicano es una organización fragmentada, en el que la función de la Secretaría de Salud (SSA) es de rectoría y, por tanto, enfrenta dificultades y retos. Cada institución del sistema de salud — ya sea el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), el Seguro Popular en Salud (SPS) o los Servicios Estatales de Salud (SESA)— posee cierta autoridad para definir e instrumentar sus políticas y programas, decidir el manejo financiero o establecer mecanismos de coordinación, es decir, ejercer funciones de rectoría al interior de su organización.

Ejemplo de lo anterior es que cada institución administra sus propios programas de salud dirigidos a las mujeres — programa materno- infantil — mismos que no siempre se encuentran alineados a los programas de acción específicos definidos por la SSA. Más importante aún, desde el proceso de descentralización de los servicios de salud, que culmina en la década de los noventa del siglo XX (1998), la función rectora de la SSA enfrenta el enorme reto de integrar una respuesta eficiente (entre las instituciones que componen el sistema de salud), congruente y efectiva ante las necesidades de la población en general.

**Programa de Acción Específico Arranque Parejo en la Vida (APV):** es de carácter normativo para todo el país a través del Decreto del Consejo de Salubridad General de noviembre de 2004 y particularmente para los SESA, en el que se definen tres objetivos generales:

1. Fortalecer la capacidad de las mujeres y sus parejas para planificar la familia y participar activamente en el cuidado de la salud materna y perinatal.

2. Reducir las brechas en la salud materna e infantil en las entidades federativas y en los municipios de menor desarrollo.

3. Mejorar el acceso y calidad de la atención obstétrica por personal calificado e incrementar la capacidad resolutive de los servicios de atención de emergencia obstétrica y neonatal (2007-2012).

Este programa cuenta con presupuesto proveniente del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) y del Ramo 12 (Salud), a través de los Acuerdos para el Fortalecimiento de las Acciones de Salud Pública en los Estados (AFASPES) desde 2007 o de nuevos proyectos que financia el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGySR) y, más recientemente, recibe fondos del Seguro Popular.

**Acuerdo del H. Consejo Técnico del Instituto Mexicano del Seguro Social 126:** puesto en marcha en 2006 y orientado a la atención de mujeres referidas por complicaciones obstétricas desde su programa de extensión IMSS-Oportunidades. No hay una partida particular para el pago de estos servicios. IMSS-Oportunidades (IMSS-O) realiza pagos cruzados al IMSS régimen ordinario.

**Programa de Planificación Familiar y Anticoncepción (2007-2012):** la planificación familiar y la anticoncepción son de las intervenciones más costo-efectivas para reducir la mortalidad materna e infantil; ante el rezago observado en este tema, la actual administración ha definido este programa como estratégico y prioritario (Plan Nacional de Desarrollo y Programa Sectorial de Salud -PROSESA- 2007-2012), por su contribución a prevenir embarazos no planeados y de alto riesgo, de abortos provocados en condiciones de riesgo, de la disminución del riesgo de mortalidad perinatal e infecciones de transmisión sexual.

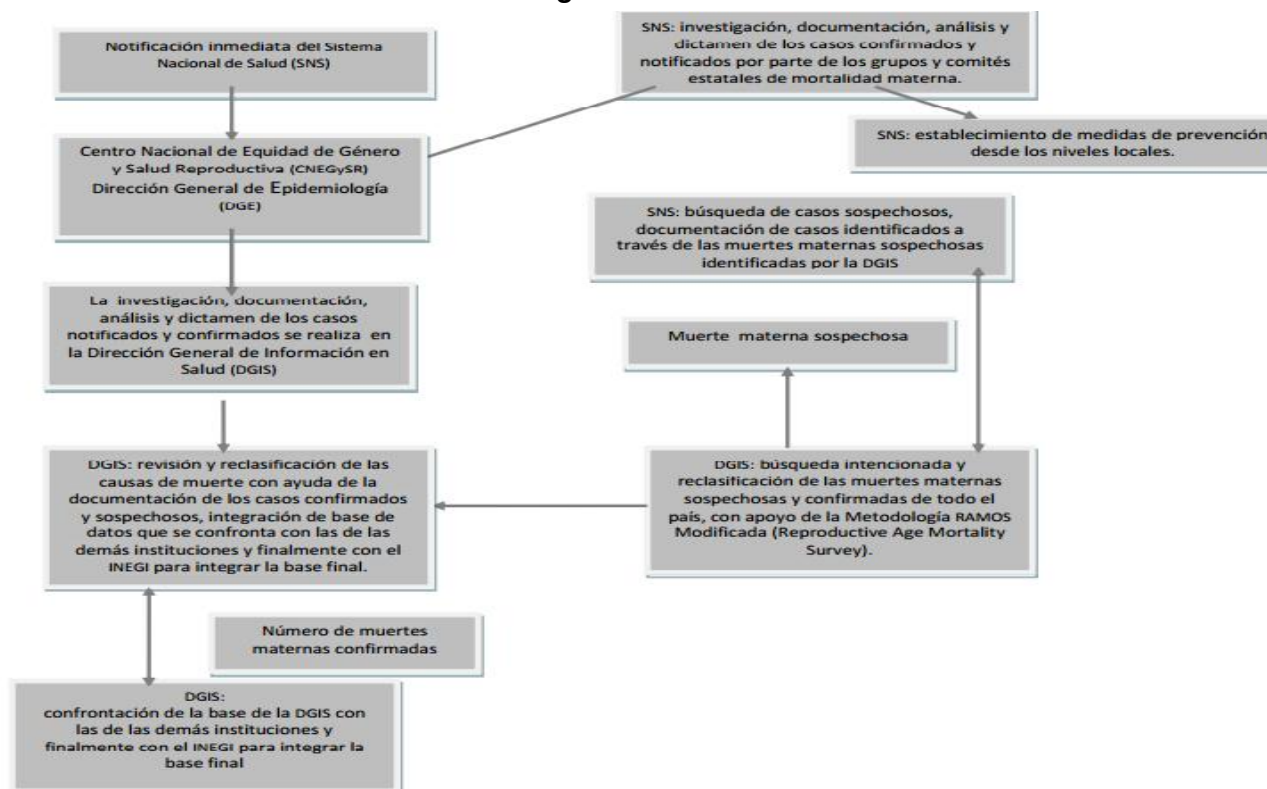
**Acuerdos para el Fortalecimiento de las Acciones de Salud Pública en los Estados (AFASPES) desde 2007:** desde la SSA federal se establece este documento como un mecanismo presupuestario, que se firma anualmente entre la SSA federal y las estatales. Contiene asignación presupuestaria a los 31 programas bajo la rectoría de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, de la SSA y, por ende, todos los relacionados con la atención en salud sexual y reproductiva.

Incluye compromisos de financiamiento e insumos, indica sus fuentes, así como incorpora un calendario de administración de los recursos, indicadores, metas y obligaciones de rendición de cuentas. Los recursos se reciben del Ramo 12 (Salud), del FASSA, y del Anexo IV del Sistema de Protección Social en Salud.

**Embarazo Saludable: a partir de 2008:** este programa establece que toda mujer con diagnóstico de embarazo deberá ser afiliada al Seguro Popular disminuyendo así los costos de bolsillo. Es una ampliación del Seguro de Primera Generación; si bien no se amplió el presupuesto ni existen metas de seguimiento para este componente en particular; cuenta con 20 intervenciones médicas cubiertas por el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) en el Seguro Popular.

**Estrategia Integral para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna en México: puesta en marcha en 2009**, postula que la mortalidad materna puede ser reducida en 40 por ciento para 2012 (partiendo de cifras de 2006) si se superan los factores que condicionan las tres demoras en la atención de la emergencia obstétrica, de acuerdo con el modelo adoptado por la Organización Mundial de la Salud.

### Procedimiento a seguir en caso de Muerte materna



El quinto objetivo del milenio propone reducir en tres cuartas partes la razón de mortalidad materna (RMM) entre 1990 y 2015.<sup>1</sup> Para México, la meta significa disminuir la razón de 49.9 en 2011 a 22.2. Sin embargo, existen importantes diferencias entre los estados. En 2011 Guerrero superó una RMM de 100, mientras que en Tamaulipas no llega a 20.2. Además, en 2010, 91.1% de las muertes maternas contó con asistencia médica y 73.1% representó fallecimientos en unidades públicas de salud, datos que nos obligan a reflexionar acerca de las estrategias a seguir.

El Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGySR), responsable de las estrategias de reducción de la RMM, ha propuesto estrategias basadas en la mejor evidencia internacional: lograr una calidad óptima en la atención médica; acceso universal y gratuito a la atención obstétrica con sistemas de comunicación disponibles y caminos transitables; y la reducción de inequidades de género y etnia, a fin de asegurar una decisión temprana en la búsqueda de atención de las mujeres y familiares, o para la prevención de los embarazos no deseados.

El Comité Nacional por una Maternidad Segura, así como los comités estatales respectivos en Chiapas, Guerrero, Oaxaca y Veracruz, convoca anualmente a diferentes actores para generar acuerdos e implementar estrategias que contribuyan a lograr una maternidad segura y al abatimiento de la mortalidad materna.

No obstante, la RMM sigue siendo alta y muestra un descenso lento y con altibajos. En 2011, el mayor número de muertes maternas ocurrió en el Estado de México: 145, equivalentes a 15.2% del total; seguido por Veracruz con 80 muertes, es decir 8.4%. La revisión bibliográfica muestra además que los recursos humanos calificados para proporcionar atención obstétrica y tratamientos de urgencia generalmente se encuentran distribuidos de manera heterogénea.

Las zonas marginadas dependen principalmente de personal que no está bien preparado para la atención de problemas obstétricos. Esto se relaciona también con la carencia de sistemas de incentivos para que estos profesionales tengan capacitación; el adecuado entrenamiento de pregrado de médicos y enfermeras es también esencial para la atención de las complicaciones. En relación con el problema de falta de calidad en la atención, destaca la necesidad de mejorar las habilidades técnicas del personal.

En Veracruz el principal problema identificado por la Cop (comunidades de práctica) fue la existencia de deficiencias en la calidad y la capacidad resolutive de los servicios de salud que impiden una AEO (Atención de la Emergencia Obstétrica) oportuna y eficiente. La revisión de la literatura permitió corroborar la importancia de este enfoque para evitar muertes maternas.

En México la evidencia muestra que la mayoría de estos fallecimientos es evitable y sucede dentro del sistema de salud, lo cual enfatiza la falta de unificación de criterios y organización ante la EO (Emergencia obstétrica). Al respecto, un tópico seleccionado por la Cop y que la bibliografía posicionó como central fue la no adherencia a protocolos de atención y guías de manejo.

Estudios realizados en contextos similares al veracruzano refuerzan el argumento de que los profesionales de la salud no aplican con suficiente rigor las guías y manuales de procedimientos, consideran como un problema el excesivo énfasis en el enfoque de riesgo para abatir la RMM, lo cual se fundamentó en los hallazgos sobre la imprevisibilidad de la EO aún cuando se lleve un embarazo con los controles adecuados.

## CONCLUSIONES.

A pesar de la existencia de políticas y programas en materia de salud materna, la mortalidad materna en México no se ha reducido de forma significativa y la tendencia indica que no se alcanzará el Objetivo de Desarrollo del Milenio de reducir la RMM en 75% para 2015.

Los Comités de Mortalidad Materna son sin duda un mecanismo fundamental en el andamiaje para monitorear las políticas y programas en materia de salud materna. Sin embargo, las recomendaciones que emiten no son de cumplimiento obligatorio y no se les da seguimiento.

En materia de acceso a la justicia, aunque en la ley existen mecanismos de carácter civil, administrativo y penal para que los familiares de las víctimas de muerte materna prevenible puedan obtener un recurso efectivo, en la práctica esto no es así. El sistema de quejas administrativas en los hospitales parece no ser accesible, aunque se trate del recurso más inmediato para los familiares. Las instancias del Sistema Nacional de Salud no monitorean las quejas ni les dan seguimiento, y la normativa es demasiado laxa al establecer que cada institución de salud puede organizar su sistema de quejas, sin identificar los criterios que deben regir a estos mecanismos.

En términos de demandas administrativas contra los prestadores de servicios médicos públicos o privados, refleja que si bien en ciertos casos se puede obtener una indemnización (si se cuenta con asesoría jurídica), estos procesos no se traducen en mejoras y cambios institucionales, y menos aún en la búsqueda e identificación de posibles responsabilidades de los profesionales de salud.

En cuanto a las averiguaciones previas es difícil hacer un balance dada la poca información recibida, pero todo indica que la negligencia médica que provoca la muerte materna no se traduce en procesos penales. Cabe destacar que la vía penal no es necesariamente la más adecuada para tratar estos casos, especialmente ante obstáculos y carencias estructurales que impiden brindar atención adecuada a las embarazadas; sin embargo, podrían darse casos donde esta vía sea una alternativa.

## **BIBLIOGRAFIA:**

1. [https://www.gire.org.mx/index.php?option=com\\_content&view=article&id=440&Itemid=1248](https://www.gire.org.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=440&Itemid=1248)  
&  
\_lang=e
2. <http://www.omm.org.mx/index.php/defs.html>
3. [http://www.coneval.gob.mx/Informes/Evaluacion/Mortalidad%20materna%202010/INFORME\\_MORTALIDAD\\_MATERNA.pdf](http://www.coneval.gob.mx/Informes/Evaluacion/Mortalidad%20materna%202010/INFORME_MORTALIDAD_MATERNA.pdf)
4. <http://informe.gire.org.mx/caps/cap3.pdf>
5. [http://bvs.insp.mx/rsp/\\_files/File/2013/vol%2055%20No%202%20Marzo%20Abril/5materna\(1\).pd](http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/2013/vol%2055%20No%202%20Marzo%20Abril/5materna(1).pd)
6. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
7. [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/maternal/maternal\\_perinatal/es/index.html](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/maternal_perinatal/es/index.html)
8. <http://www.indexmundi.com/map/?v=2223&l=es>
9. <https://docs.google.com/viewer?url=http://www.redalyc.org/pdf/106/10625599001.pdf&chrome=true>



## NOTICIAS RELEVANTES

En abril de dos mil trece se llevó a cabo una reunión de trabajo por parte de la Dirección de Protección Contra Riesgos Sanitarios de la Secretaría de Salud del Estado, en donde se presentó el “Plan Estratégico para la Reducción de la Muerte Materna”, con el objetivo de concientizar a los profesionales de la salud y exhortarlos a aplicar las medidas para contribuir en la mejora de la calidad de los servicios médicos y evitar las muertes maternas, las cuales en su mayoría son prevenibles.

### Defunciones, RMM y porcentaje por Estado, 2013\*

| Entidad             | Def. totales | RMM         |
|---------------------|--------------|-------------|
| Baja California Sur | 3            | 107.3       |
| Chihuahua           | 14           | 88.4        |
| Guerrero            | 14           | 82.2        |
| Morelos             | 5            | 62.8        |
| Nayarit             | 3            | 59.6        |
| Chiapas             | 13           | 49.7        |
| Oaxaca              | 9            | 47.9        |
| Veracruz            | 16           | 45.3        |
| Baja California     | 6            | 44.8        |
| Tamaulipas          | 5            | 34.8        |
| Tlaxcala            | 2            | 34.4        |
| Michoacán           | 7            | 33.8        |
| Aguascalientes      | 2            | 32.9        |
| Yucatán             | 3            | 32.8        |
| San Luis Potosí     | 4            | 32.4        |
| Quintana Roo        | 2            | 30.8        |
| Distrito Federal    | 9            | 29.7        |
| Zacatecas           | 2            | 28.0        |
| Guanajuato          | 7            | 26.6        |
| Campeche            | 1            | 26.3        |
| Durango             | 2            | 25.9        |
| Sonora              | 3            | 24.7        |
| México              | 17           | 24.0        |
| Jalisco             | 8            | 23.4        |
| Querétaro           | 2            | 23.0        |
| Tabasco             | 2            | 18.7        |
| Coahuila            | 2            | 16.0        |
| Sinaloa             | 2            | 15.9        |
| Hidalgo             | 2            | 15.7        |
| Nuevo León          | 3            | 15.2        |
| Puebla              | 3            | 10.2        |
| <b>Nacional</b>     | <b>173</b>   | <b>33.5</b> |

| Entidad             | Def. totales | Porcentaje   |
|---------------------|--------------|--------------|
| México              | 17           | 9.8          |
| Veracruz            | 16           | 9.2          |
| Chihuahua           | 14           | 8.1          |
| Guerrero            | 14           | 8.1          |
| Chiapas             | 13           | 7.5          |
| Distrito Federal    | 9            | 5.2          |
| Oaxaca              | 9            | 5.2          |
| Jalisco             | 8            | 4.6          |
| Guanajuato          | 7            | 4.0          |
| Michoacán           | 7            | 4.0          |
| Baja California     | 6            | 3.5          |
| Morelos             | 5            | 2.9          |
| Tamaulipas          | 5            | 2.9          |
| San Luis Potosí     | 4            | 2.3          |
| Baja California Sur | 3            | 1.7          |
| Nayarit             | 3            | 1.7          |
| Nuevo León          | 3            | 1.7          |
| Puebla              | 3            | 1.7          |
| Sonora              | 3            | 1.7          |
| Yucatán             | 3            | 1.7          |
| Aguascalientes      | 2            | 1.2          |
| Coahuila            | 2            | 1.2          |
| Durango             | 2            | 1.2          |
| Hidalgo             | 2            | 1.2          |
| Querétaro           | 2            | 1.2          |
| Quintana Roo        | 2            | 1.2          |
| Sinaloa             | 2            | 1.2          |
| Tabasco             | 2            | 1.2          |
| Tlaxcala            | 2            | 1.2          |
| Zacatecas           | 2            | 1.2          |
| Campeche            | 1            | 0.6          |
| <b>Nacional</b>     | <b>173</b>   | <b>100.0</b> |

Por número de casos (2º. lugar)

Por RMM (8º. lugar)

Fuente: Informes Dirección General de Epidemiología (DGE).

\*Datos comparativos hasta la semana 12 (última información disponible por el nivel nacional). Veracruz a la semana 13.

Para consultar en su totalidad el “Plan Estratégico para la Reducción de la Muerte Materna”, proporcionamos el siguiente enlace:

Fuente: <http://web.ssaver.gob.mx/atencionmedica/files/2012/12/DRS-Plan-Estrat%C3%A9gico-Muerte-Materna-2013.pdf> Consulta: 20-Jul-2013

# Los Diez Mandamientos del Diabético

## 1



Conozca los niveles de glucosa en su sangre.

Compruébelos con regularidad.

## 2



Sepa cuál debe ser su peso normal. Manténgalo en ese nivel.

## 3



Mantenga una dieta baja en azúcar.

## 4



Aplicase su insulina o tome sus medicamentos exactamente del modo como se lo indicó su médico.

## 5

Cumpla con sus citas médicas.



## 6



Respete los consejos de su médico sobre dieta, ejercicios, medicamentos y control.

## 7



Lleve con usted la tarjeta que lo identifica como diabético. Puede serle muy útil ante cualquier eventualidad.

## 8



Tenga siempre a mano un dulce, azúcar, fruta o glucosa para el caso de una hipoglucemia.

Viva una vida normal en todos sus otros aspectos.



## 9

## 10



Recomiende a sus familiares que se midan los niveles de glucosa regularmente.



## REQUISITOS PARA PRESENTAR UNA QUEJA FORMAL

De acuerdo al artículo 50 del reglamento de procedimientos bajo el cual se rige la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Veracruz, para solicitar una asesoría o presentar una queja, se siguen los siguientes pasos:

“Artículo 50.- Las quejas deberán presentarse ante la CODAMEVER de manera personal por el quejoso, o a través de persona autorizada para ello, ya sea en forma verbal o escrita y deberán contener:

- I. Nombre, domicilio y en su caso, el número telefónico del quejoso y del prestador del servicio médico contra el cual se inconforme;
- II. Descripción de los hechos motivo de la queja;
- III. Número de afiliación o de registro del usuario, cuando la queja sea interpuesta en contra de instituciones públicas que asignen registro a los usuarios;
- IV. Pretensiones que deduzca del prestador del servicio;
- V Si actúa a nombre de un tercero, la documentación probatoria de su representación, sea en razón de parentesco o por otra causa;
- VI. Aceptación de la cláusula compromisoria, y
- VII. Identificación con firma y fotografía o huella digital del quejoso.”

Los elementos anteriores se tienen como necesarios para la admisión de la queja.

Asimismo, deberá agregar copia simple y legible de los documentos en que soporte los hechos manifestados (notas y recetas médicas, carnet de citas, etc.) y de su identificación oficial con fotografía.

Estimado Usuario, los requisitos pueden variar de acuerdo a la institución pública de la que se inconforma y a su petición, por favor asesórese con nosotros para completar los requisitos indispensables.



**VERACRUZ**  
GOBIERNO DEL ESTADO



# COMISIÓN DE ARBITRAJE MÉDICO DEL ESTADO DE VERACRUZ



***“PROTEGIENDO LA SALUD DE LOS VERACRUZANOS”***

España # 111, Frac. Virginia, C.P. 94294, Boca del Río, Ver. Tels./Fax: 01 229-934-04-00,  
934-04-44, 934-30-44. Lada Sin Costo: 01-800-714-7658.  
Correo electrónico: [codamever@hotmail.com](mailto:codamever@hotmail.com)  
<http://www.codamedver.gob.mx>