

COMISIÓN DE ARBITRAJE MÉDICO DEL ESTADO DE VERACRUZ



***“UNIENDO ESFUERZOS PARA LA SOLUCION DE
CONFLICTOS DE SERVICIOS MEDICOS EN EL ESTADO”***



**GOBIERNO
DEL ESTADO
DE VERACRUZ**



**VOL. 13 NO. 2 JULIO - DICIEMBRE 2012
ÓRGANO OFICIAL DE DIFUSIÓN**

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



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

REVISTA CODAMEVER

España # 111, entre España y Paseo Jacarandas.

Frac. 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

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	Dr. Pablo Anaya Rivera
Secretario de Finanzas y Planeación	Lic. José Tomás Ruiz González
Secretario de Educación	Lic. Adolfo Mota Hernández
Director General del Sistema Estatal DIF	Lic. Juan Antonio Nemi Dib
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, Frac. 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 Página web: <http://www.codamedver.gob.mx> Publicación semestral, Vol. 13 No. 2 Julio – Diciembre 2012. 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

Mensaje del Comisionado	3
Emilio Stadelmann López	

Editorial	4
Roberto Virgen Riveroll	

Gestión Inmediata: Alternativa para disminuir controversias en la prestación de servicios médicos en la CODAMEVER	5
Alfredo Guerrero Hernández, Eugenio Leyva Castillo	

Historia de la medicina legal en México	12
Ricardo Díez Kloss	

Caso CODAMEVER	
Vacuna contra influenza H1N1	17
Jorge O. Flores Esteva, María del Carmen Flores Callejas, María Concepción de la Soledad Tellez Mora, Emilio Sánchez Tenorio	

Noticias CODAMEVER	24
-------------------------------------	-----------

Mensaje del Comisionado

Dr. Emilio Stadelmann López

Contribuir a resolver los conflictos suscitados entre los usuarios y prestadores de los servicios médicos es una de las dos tareas fundamentales que tiene la CODAMEVER, en esta primera parte, nuestra forma de coadyuvar o contribuir a la solución de estas diferencias es a través de nuestro procedimiento de arbitraje que inicia con la recepción de la queja por parte del usuario de los servicios médicos, continuando con una etapa que busca la conciliación, respetando los puntos divergentes y coincidentes de los usuarios y los prestadores de estos servicios, en el caso de no conciliar, las diferencias son resueltas por medio del análisis del caso médico y la CODAMEVER emite su resolución definitiva por medio de un laudo.

La segunda parte de nuestra tarea es ayudar o coadyuvar al mejoramiento de la calidad de los servicios de salud y esta tarea la hacemos a través de la emisión de una recomendación o una opinión técnica después de haber analizado un caso en concreto, el cuál entre otras cosas debe cumplir con lo ordenado en la Lex Artis Medica y en la norma oficial mexicana correspondiente.

Hoy hay vientos de cambios a nivel nacional que destacan la importancia por dar cumplimiento a lo dispuesto por nuestra Carta Magna "Nuestro derecho a la salud", se propone crear un Sistema de Seguridad Social Universal y la convergencia de los sistemas para igualar gradualmente la cobertura y calidad de todos ellos, con la finalidad de lograr un desarrollo humano justo incluyente y sustentable, mediante la promoción de la salud como objetivo social compartido y el acceso a servicios integrales de alta calidad.

Creer en la cobertura es bueno, pero también significa que se generarán mas diferencias entre usuarios y prestadores de servicios médicos en instancias públicas, por ello, he aquí donde cobra mayor vigencia el mensaje visionario del Gobernador de Veracruz el Dr. Javier Duarte de Ochoa, quien al instalar el Órgano de Gobierno de la CODAMEVER, destacó el reposicionamiento de nuestra Comisión que pone a Veracruz a la vanguardia nacional y resaltó la importancia que implica el dejar de ser juez y parte.

Para la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Veracruz, en este momento, resulta importante destacar y nuevamente reconocer todo el apoyo que nos ha dado el Dr. Javier Duarte de Ochoa en el perfeccionamiento de la CODAMEVER, apoyo que nos obliga y compromete a trabajar siempre responsables, de manera objetiva e imparciales en la búsqueda de resolver los conflictos que se presenten entre los usuarios y prestadores de los servicios médicos y coadyuvar al mejoramiento de la calidad de los servicios de salud. Lo que hace de Veracruz un Estado que construye su futuro.

Editorial

Orgullosos de nuestro pasado de 13 años de historia, los cuales nos dejan un legado de experiencias que se convierten en mayores conocimientos en la solución de controversias derivadas de la prestación de los servicios médicos, entre pacientes y médicos, vivimos con dinamismo, entusiasmo, pero sobre todo con responsabilidad estos casi 2 años de transformación de organismo público desconcentrado a descentralizado, cambio que a quienes integramos la CODAMEVER nos compromete a trabajar, siempre con imparcialidad, objetividad, buena fe y confidencialidad para contribuir a resolver las diferencias entre médicos y usuarios.

En el presente año que está a punto de concluir, los veracruzanos hemos sido testigos de los serios problemas de salud en que podemos vernos involucrados, si cada uno de nosotros no asume su responsabilidad, es así que enfermedades como el dengue con el tiempo se hace más difícil su combate y queda demostrado una vez mas que la prevención es mejor y más barata que el servicio médico que se requiere para restablecer la salud de una persona.

En esta edición y con la finalidad de conocer un poco de los orígenes del Derecho Sanitario el Lic. Ricardo Díez Kloss, del Área de Conciliación, presenta una reseña histórica del binomio Médico-Abogado (medicina legal), en un rápido recorrido hacia el pasado en un documento ágil. Este trabajo podría ser parte de los conocimientos que todo médico y/o abogado debe de tener en materia de medicina legal o derecho sanitario.

El médico Alfredo Guerrero Hernández, responsable de la entrada de todas las quejas a la CODAMEVER y un amplio

conocedor de las actividades de la Comisión nos presenta un trabajo denominado la Gestión Inmediata, alternativa para dirimir controversias en la prestación de servicios médicos de la CODAMEVER. Este trabajo es enriquecido con datos estadísticos que nos aporta el ingeniero Eugenio Leyva Castillo en graficas muy interesantes que nos dan el parámetro de los usuarios de esta instancia que brinda la CODAMEVER, como son su sexo, rango de edad, especialidad y su lugar de procedencia.

Por último, la Sala de Arbitraje y Dictámenes de la CODAMEVER a cargo del médico Jorge Octavio Flores Esteva, nos presenta un interesante caso que lleva de la mano al lector para conocer la forma en que se puede emitir un dictamen o un laudo, previo el análisis y conocimiento del caso, pero sobre todo, con el análisis de tiempo, circunstancias y lugar, que nos permiten comprender por qué a veces hay tanta disparidad en la atención de un usuario en el norte-sur del Estado, con los de las unidades hospitalarias del centro de la entidad.

Esperamos que para nuestros lectores, esta edición de la Revista CODAMEVER, sea satisfactoria como lo es, para todos los que integramos la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Veracruz, quienes diariamente nos esforzamos por brindar mejores servicios a los veracruzanos. Hoy estamos orgullosos de nuestro pasado, vivimos con intensidad el presente, convencidos de que el futuro se construye día con día con nuestros esfuerzos y conocimientos.

Mtro. Roberto Virgen Riveroll
Subcomisionado Jurídico

Gestión Inmediata: Alternativa para dimitir controversias en la prestación de servicios médicos en la CODAMEVER

**Alfredo Guerrero Hernández¹
Eugenio Leyva Castillo²**

RESUMEN

La Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Veracruz, realizando una revisión médico-jurídico de la controversia, se detectan situaciones urgentes o tratamientos médicos incompletos, se privilegiará la salud del paciente, por lo que se realizan las gestiones inmediatas necesarias para satisfacer las pretensiones mediante acuerdo con la instancia prestadora de servicios de salud, actuando en forma expedita y promoviendo una atención especial a fin de resolver el conflicto de manera expedita. Esta modalidad de resolución es monitoreada hasta su conclusión en la CODAMEVER.

INTRODUCCIÓN

La Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Veracruz, creada en 1999 como un Organismo Público Desconcentrado de la Secretaría de Salud y Asistencia, de acuerdo a los considerandos de su Decreto de Creación, plantearon mejoras a la calidad de los servicios médicos a través de la reestructuración de las instituciones, así como la atención de las legítimas demandas de los usuarios para que estos servicios operaran con mayor calidad con el objeto común de proteger; promover y restaurar la salud de los habitantes del Estado.

En tales circunstancias se consideró necesario que la población contara con un mecanismo que, sin perjuicio de la actuación de las instancias jurisdiccionales en la solución de conflictos, contribuyera a tutelar

el derecho a la protección de la salud, así como a mejorar la calidad en la prestación de los servicios médicos. Por tales motivos el Gobierno del Estado crea como Órgano Desconcentrado de la Secretaría de Salud y Asistencia, la Comisión de Arbitraje Médico, cuyos objetivos fueron los de contribuir a la resolución de los conflictos que se presentaban entre los usuarios de los servicios médicos y sus prestadores. La CODAMEVER se creó como una instancia previa a la cual pudieran acudir los usuarios y prestadores de servicios médicos para dilucidar en forma amigable y de buena fe, con la garantía de imparcialidad en el análisis, dictamen y resolución, los posibles conflictos derivados de la prestación de estos servicios, atribuciones que le permitieron contribuir a evitar cargas de trabajo a los órganos jurisdiccionales.

Un organismo en el cual los usuarios y prestadores de servicios médicos pudieran solucionar, en forma amigable, los presuntos desacuerdos derivados de la prestación de dichos servicios, con lo cual se continúa contribuyendo a evitar grandes cargas de trabajo para los Órganos Jurisdiccionales, sin sustituirlos, dando así inicio a una nueva figura administrativa, teniendo como fin el de coadyuvar en el ámbito de la conciliación y arbitraje a la solución de los conflictos, al mismo tiempo participar en el mejoramiento de los servicios de salud, solucionando las diferencias entre los representantes de las

¹ Titular del Área de Orientación y Quejas (CODAMEVER)

² Titular del Área de Informática (CODAMEVER)

Dependencias e Instituciones del Sector Salud del Estado.

A lo largo de 13 años los procedimientos implementados en la CODAMEVER, constituyeron medios más prácticos que los medios judiciales tradicionales; por ello, no solo bastó la promoción de sus actividades de asesoría, orientación, gestión, conciliación, arbitraje y dictámenes; fue y es menester que las partes involucradas conozcan las bondades del estudio institucional imparcial, especializado y de consenso, siempre propiciando un acercamiento, a efecto de que éstas logren una solución a su problema, por lo que acorde a la prioridad de Gobierno del Estado en materia de salud, se promovió la descentralización de esta instancia, dando como resultado que el pasado 16 de mayo del año 2011, mediante Decreto del Ejecutivo Estatal se crea la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Veracruz (CODAMEVER) como un Organismo Público Descentralizado, con independencia financiera, autonomía técnica, patrimonio propio y personalidad jurídica que se encargue de satisfacer tales necesidades.

La medicina presenta hoy día avances importantes reflejados a través de una expectativa de vida más larga y con tratamiento y herramientas más eficaces en beneficio de la población. No obstante ello y el reconocimiento constitucional del derecho a la protección de la salud, nos enfrentamos a una sociedad receptora de los servicios médicos y mejor informados y con mayor participación en su proceso de atención, por lo que se ha mostrado más exigente en cuanto a la demanda de mejores resultados, y en consecuencia, el reclamo de aquellos, servicios que desde la percepción del usuario pudieren resultar adversos y posiblemente generen algún daño.

Cuando surgen conflictos como resultado del acto médico, las consecuencias son

múltiples, por la insatisfacción del paciente y su familia al no verse cumplidas sus expectativas y por las diversas repercusiones sociales, económicas, psicológicas y legales, en usuarios y prestadores de servicios, y por el incumplimiento de la misión de los servicios de salud. Pero lo más grave, por el deterioro que sufre la relación médico-paciente y la pérdida de la confianza de los pacientes y sus familias hacia los prestadores de servicios médicos.

Es necesario reconocer el valor cognitivo intrínseco que tienen las quejas y controversias para aprender de ellas, a fin de que verdaderamente sirvan al Sistema Nacional de Salud, no solo para resolver cada caso en lo individual, sino entendiendo mejor en lo colectivo las causas que lo originan, así como el papel que juegan los distintos actores y factores en la presentación de la misma.

La atención de controversias entre usuarios y prestadores de salud es un asunto que compete a todos: a los prestadores de servicios de salud, por su interés y compromiso de brindar la atención médica de la mejor calidad posible; a los pacientes, por presentar una situación que afecta su calidad o incluso sus expectativas de vida; a los sistemas de salud, porque es su obligación satisfacer las necesidades de los usuarios, brindar servicios de calidad y cuidar la seguridad del paciente.

Existen factores sociales, económicos y culturales que propician inconformidades medicas en las que se integran, el Error es una parte de la condición humana la cual puede ser en Activos los que dependen del médico y por lo general tienen consecuencias inmediatas, las denominadas Latentes que se vinculan con la estructura y los procesos y están fuera del actuar profesional, que se traducen en la Queja médica llevando a un deterioro de la relación médico-paciente

terminando en insatisfacción del usuario, siendo los principales motivos en los que la denominada Negligencia médica se determina por un descuido y/o decidía u omisión de la atención médica brindada, Impericia se da por la falta de competencias (conocimientos, habilidades o destrezas) y por último el denominado Dolo con el actuar de intenciones negativas dañinas o no.

La mayoría de los problemas tienen su origen en una mala comunicación entre el paciente y el médico, o la institución que presta el servicio. Algunos de los motivos de las quejas son:

- ❖ Falta de información sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento.
- ❖ Falsas expectativas en cuanto a resultados.
- ❖ Diferimiento o negativa para otorgarles servicios médicos por cuestiones de índole administrativa, lo que además del malestar del usuario, pone en duda la calidad del servicio en su conjunto.

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, que 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.

De acuerdo al Reglamento de Procedimientos para la Atención de Quejas Médicas y Gestión Pericial de la CODAMEVER, publicado en Gaceta Oficial del Estado el 12 de agosto de 2003, 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.
- ❖ Identificación Oficial.
- ❖ 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 registros a los usuarios.
- ❖ Documentos susceptibles de comprobar la relación médico-paciente.
- ❖ 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.

La CODAMEVER ha implementado el servicio denominado gestión inmediata: es un procedimiento arbitral, mediante el cual se promueve la resolución de inconformidades presentadas por usuarios o promoventes, y que posterior a un análisis médico-jurídico se considera que ameritan una pronta solución.

La Comisión, a través de su intervención y gestoría hace que se restituyan los derechos del paciente, resolviendo así el conflicto o previniendo uno mayor. Con ésta forma de atención inmediata, los prestadores del servicio participan, a propuestas de la Comisión, en la resolución de los asuntos en un plazo menor a 48 horas.

RESULTADO

En la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Veracruz, de acuerdo a los datos registrados en el Sistema de Atención de Quejas Médicas y Dictámenes (SAQMED),

se obtuvo que durante el periodo comprendido de Enero a Octubre de 2012, se atendieron y resolvieron 95 Gestiones Inmediatas.

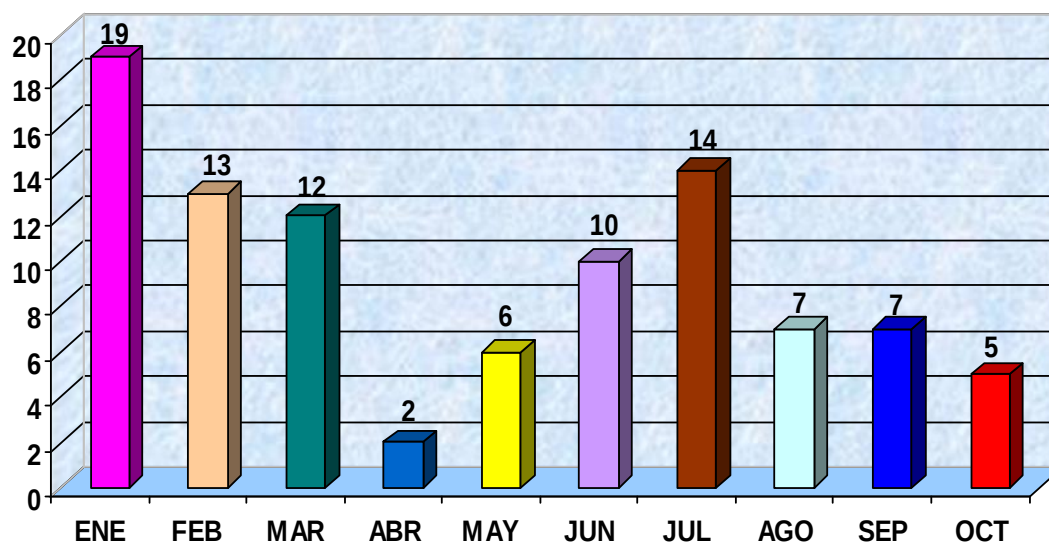


Figura 1.- Distribución mensual de Gestiones Inmediatas atendidas (Ene-Oct 2012)

Asimismo en el periodo de Enero a Octubre de 2012, la distribución de los grupos de edad de los usuarios es la siguiente:

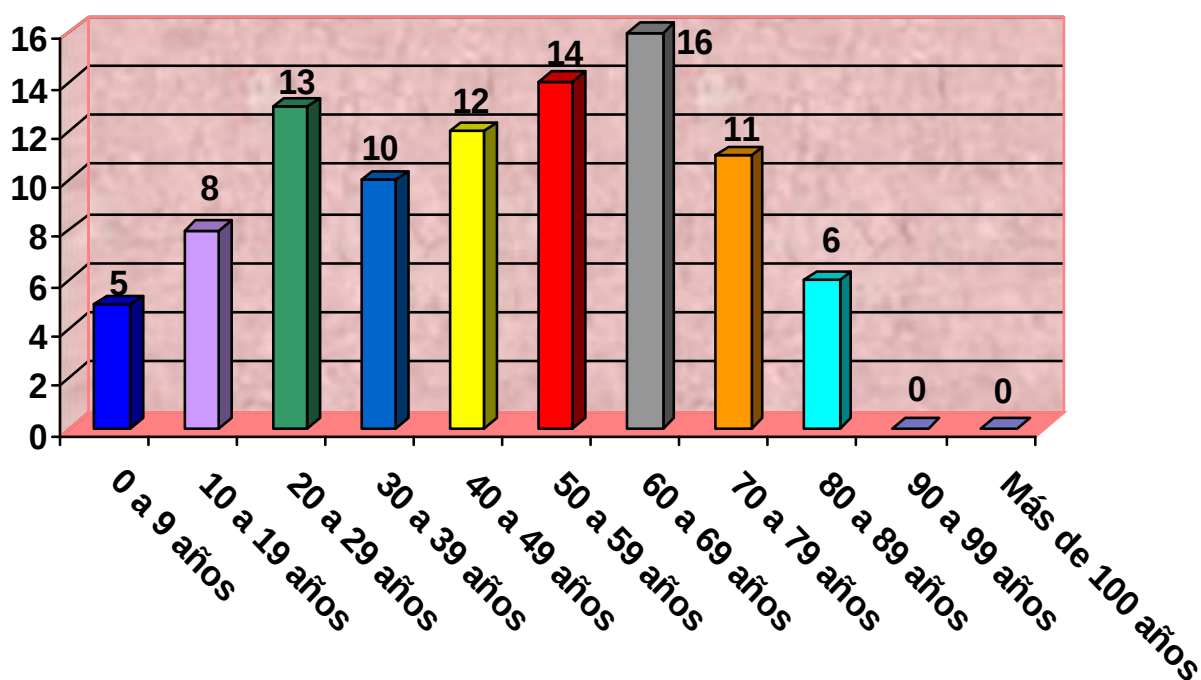


Figura 2.- Grupos de edad de los usuarios (Ene-Oct 2012)

Se observó que aproximadamente, el 60% de los usuarios que solicitaron la resolución de una controversia de la prestación de servicios médicos, a través de una Gestión Inmediata, es del sexo femenino.

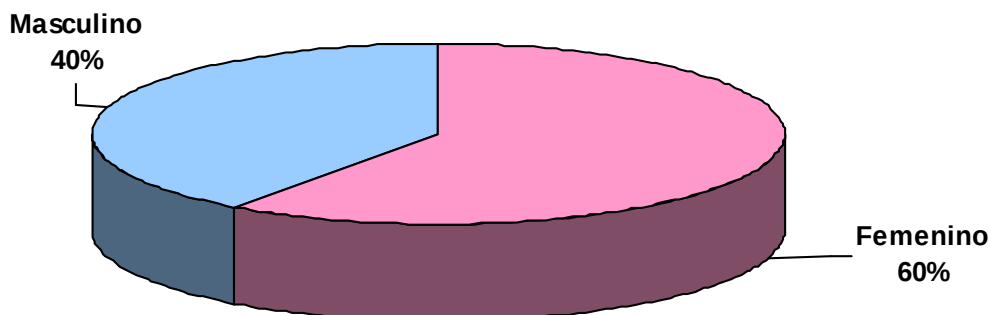


Figura 3.- Grupos de sexo de los usuarios (Ene-Oct 2012)

Las principales especialidades y/o servicios relacionados con la materia del caso en asuntos atendidos por Gestión Inmediata, se relacionan con Administración, Cirugía General, Traumatología y Medicina Crítica.

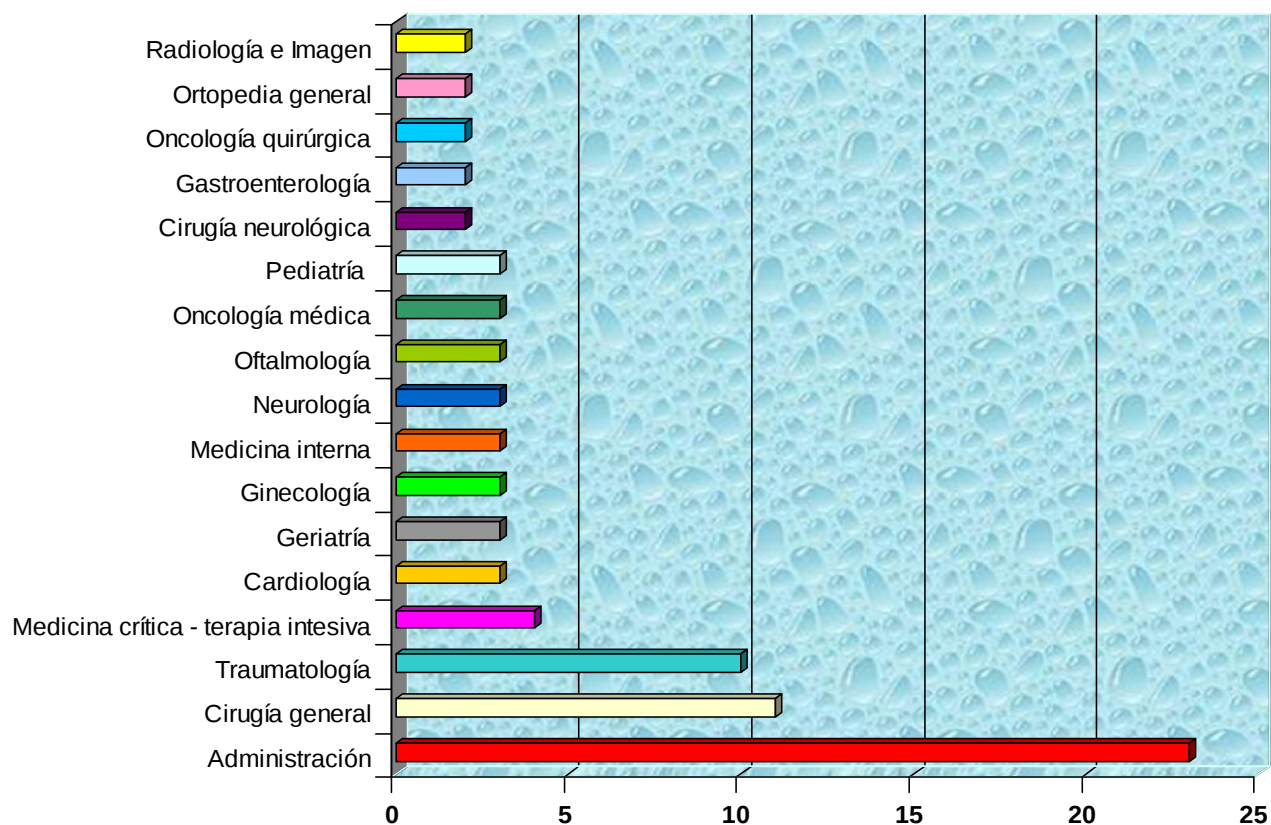


Figura 4.- Principales especialidades o servicios relacionados en asuntos atendidos por Gestión Inmediata (Ene-Oct 2012)

En relación a las Instituciones Médicas donde se han llevado a cabo Gestiones Inmediatas, la incidencia es mayor en el IMSS con un 61% derivado del número de derechohabientes a los cuales otorga atención médica, seguida de los Servicios Estatales de Salud con un 29% derivado principalmente de la cobertura universal de la población que cuenta con Seguro Popular.

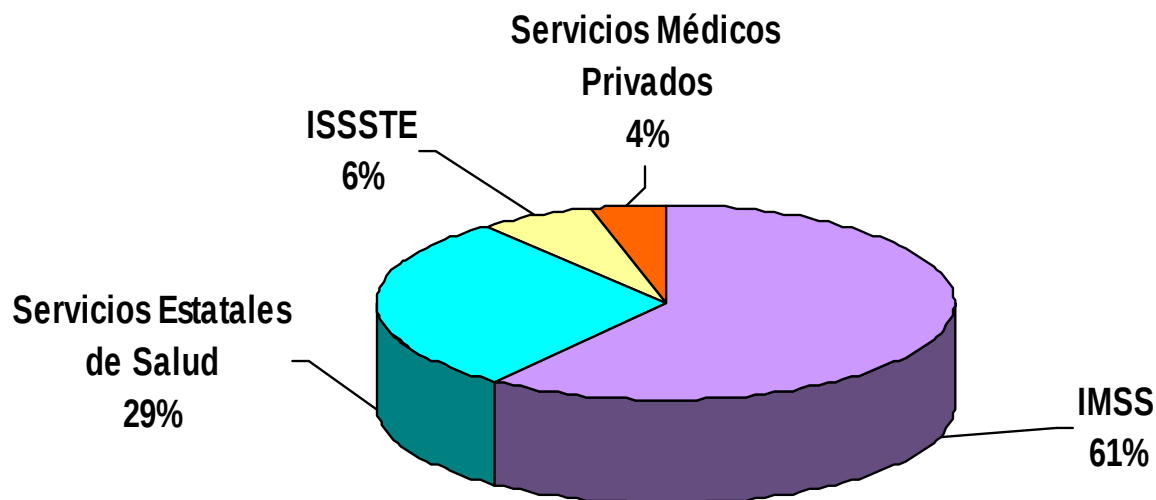


Figura 5.- Instituciones Médicas donde se han realizado Gestiones Inmediatas (Ene-Oct 2012)

En la siguiente gráfica se muestra como se ha presentado la distribución geográfica de las Gestiones Inmediatas, concentrándose la mayoría en la zona conurbada Veracruz – Boca del Río, derivado de la ubicación de las instalaciones de la CODAMEVER.

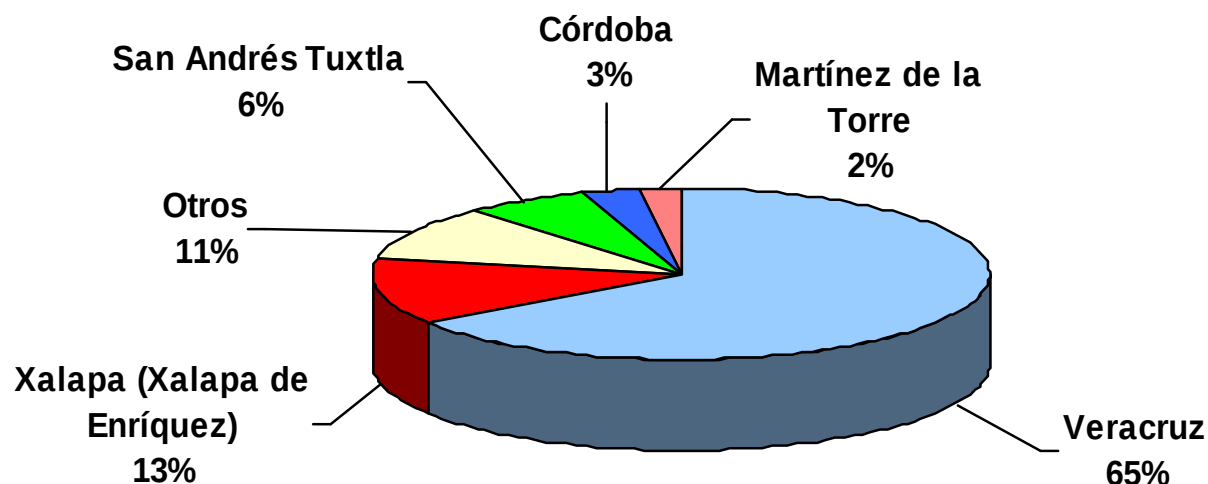


Figura 6.- Municipios donde se han concentrado los asuntos atendidos por Gestión Inmediata (Ene-Oct 2012)

A continuación, se muestra el gráfico que incluye los principales motivos de Gestiones Inmediatas, donde los Problemas Administrativos ocupan el mayor número de incidencias en nuestro Estado.

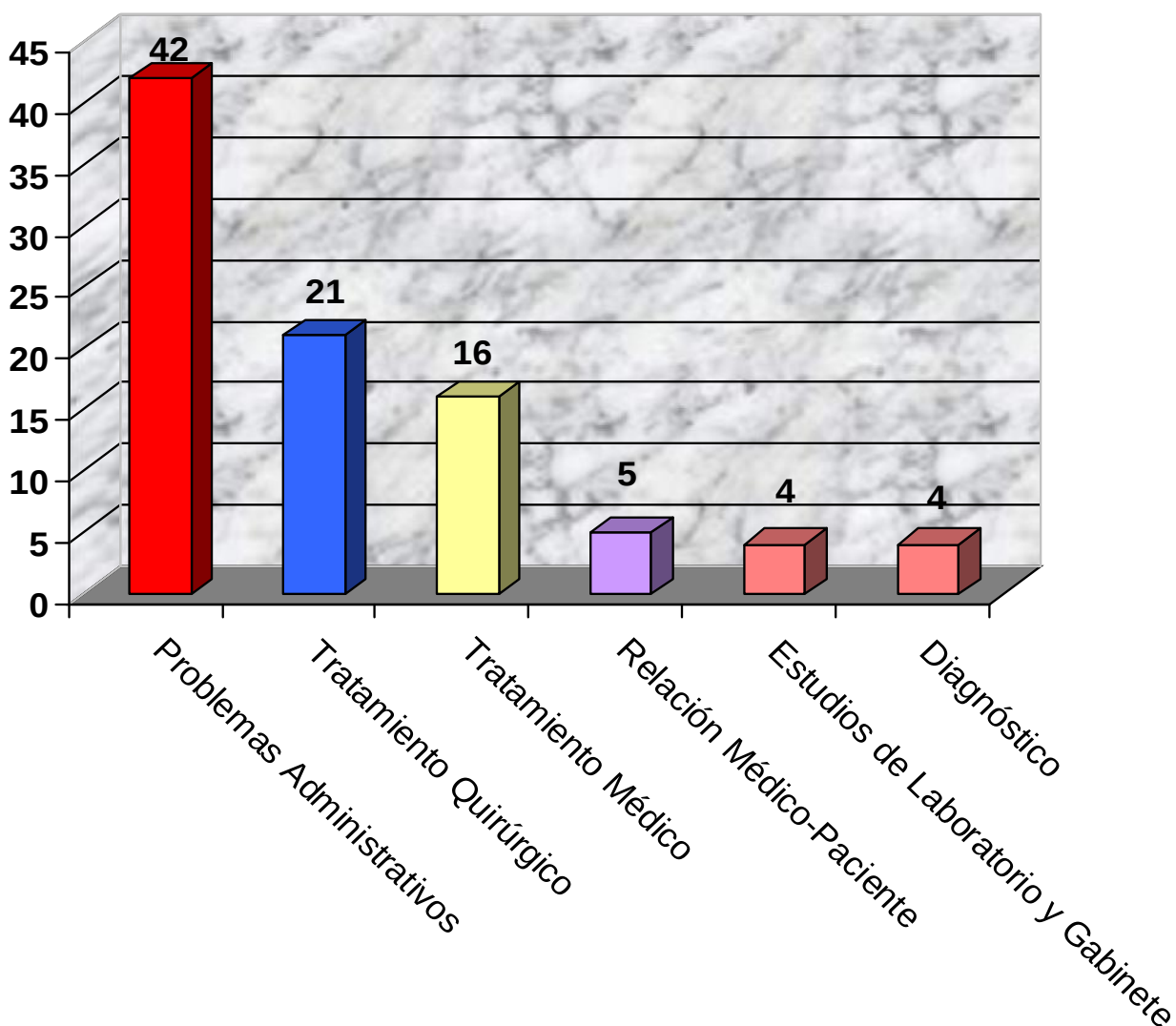


Figura 7.- Comportamiento de los principales motivos de Gestiones Inmediatas (Ene-Oct 2012)

CONCLUSIÓN

Tener conocimiento de un método alternativo de solución de controversias como es la Gestión Inmediata entre los prestadores de servicios médicos, usuarios y sus familias; con el fin de mejorar la calidad en la atención médica, que evite llegar a un litigio que dañaría irremediablemente la relación médico-paciente y desgastaría emocionalmente a las partes en conflicto.

Historia de la medicina legal en México

Ricardo Diez Kloss¹

INTRODUCCIÓN

Para entrar de lleno a la historia de la medicina legal primero debemos definir medicina legal. “Es el conjunto de conocimientos médicos utilizados por la administración de justicia para dilucidar o resolver problemas de orden civil, criminal o administrativo y para ayuda a la formulación de algunas leyes” (Rivas Souza, Mario, Medicina Legal, 1999, p.21)

No puedes pretender saber algo si no sabes de donde viene. Para conocer una ciencia se debe conocer su historia. Esta síntesis nos ayudara a conocer la historia de la medicina legal en México, desde los aztecas hasta nuestros días.

PARA EMPEZAR...

- ✓ Se reconoce como primer experto en medicina legal a Imhotep, quien vivió en Egipto 3,000 a.C.
- ✓ Durante el Renacimiento, el emperador Carlos V promulgó el código Carolingio, que establecía que un experto médico debía auxiliar a los jueces.
- ✓ El siglo XVIII se caracterizó por el desarrollo de las primeras cátedras de Medicina Legal.
- ✓ Durante la Edad Media ya se exigía que las lesiones causadas con violencia fueran indemnizadas.
- ✓ En el siglo XV aparecen los primeros peritajes médico-legales.
- ✓ En el año 1575 Ambrosio Paré edita la primera obra sobre Medicina Legal.

LOS AZTECAS

Su organización tuvo lugar en el Calpulli (del náhuatl calpulle: “casa grande”) que constaba de 20 jurados formados por los miembros adultos de las familias más antiguas.

Uno de los funcionarios, Calpullec, distribuía las tierras comunes y decidía sobre las disputas que ocurrían; administraba justicia en los asuntos de menor importancia, representaba a su grupo en los casos de controversias con otros clanes y cobraba impuestos.

El gran consejo conformado por los representantes de 20 calpullis, llamado tlatocan se encargaba de juzgar asuntos criminales y civiles de la tribu.

La ley castigaba los delitos habidos entre las personas y dictaminaba la propiedad, la moral, las buenas costumbres, el orden, la tranquilidad pública, la patria y la religión. Los castigos más frecuentes eran la pena de muerte, la mutilación, la esclavitud, el destierro, la confiscación de bienes, la suspensión de derechos y la pérdida del empleo.

A partir de los ocho años de edad ya se les imponía un castigo corporal riguroso, desde clavarles espinas en las manos hasta pasar una noche en la montaña con las bajas temperaturas, atado y desnudo sobre un charco de lodo.

Regían leyes contra el incesto semejantes a las actuales; se prohibía el matrimonio entre personas de la misma familia.

¹ Titular del Área Jurídica de Conciliación (CODAMEVER)

El homicidio se castigaba con la pena de muerte, así como el aborto y el infanticidio (homicidio del recién nacido). Los adúlteros solían ser lapidados (lapidar: matar arrojando piedras) y también podían ser ahorcados o flechados.

La embriaguez era delito grave, a menos que se diera en ocasión de una ceremonia. Todo esto hace suponer que intervenía un criterio médico legal, aun cuando no existía la especialidad médica entre los aztecas. Tenían una clasificación de heridas.

LA COLONIA

En los tiempos de la Nueva España, la docencia fue motivo de gran interés desde los inicios de la enseñanza médica. Durante la Colonia, fundada por cédula real expedida el 21 de septiembre de 1551, se estableció la Real y Pontificia Universidad de México, por el emperador Carlos V para que los “naturales” e hijos de españoles fueran instruidos de la fe católica, implantó la Cátedra de Medicina hacia el año 1580, lo cual motivo a los hombres de la Colonia a estudiarla.

La medicina legal debe considerarse heredera auténtica del Renacimiento, cuyo desarrollo se inició con los trabajos de Ambrosio Paré y Fortunato Fedele, en el siglo XVI.



La situación política y religiosa que privaba entonces a la Nueva España impedía que llegaran los nuevos conocimientos, permaneciendo extraña a las corrientes intelectuales del Renacimiento. Por ello hasta 1768 fue que se fundó en la Nueva España el Real Colegio de Cirugía. Las cátedras que al fin quedaron establecidas fueron anatomía, fisiología, clínica quirúrgica y medicina legal.

Mientras tanto, la enseñanza de la medicina en la Universidad fue decayendo en forma notable por la renuencia a admitir las nuevas corrientes de pensamiento. La independencia sorprendió a la profesión médica de México.

LA INDEPENDENCIA

La decadencia de la Universidad se agudizaba, por lo que el gobierno de la república se vio obligado a emitir un decreto, en 1833, para clausurar las puertas de La Real y Pontificia Universidad de México.

Posteriormente, el presidente de la República Don Valentín Gómez Farías fundó el Establecimiento de Ciencias Médicas. Dentro de la carrera de medicina se creó la cátedra de Medicina Legal, cuyo primer profesor fue el doctor Agustín Arellano, nombrado el 27 de noviembre de 1833.

En el siglo XIX, la figura más destacada fue el maestro Luis Hidalgo y Carpio (1818 – 1879), a quien se le conoce como el fundador de la etapa científica de la medicina legal en México. Sus áreas de interés fueron la clasificación medicolegal de las lesiones y la relación de los médicos con las autoridades. En el primer aspecto pugnó por separar el daño del cuerpo y la repercusión en los intereses. En el segundo aspecto, luchó contra la disposición que imponía severas penas al facultativo que no atendiese de inmediato a un paciente, así como la obligación del médico de revelar secretos conocidos en el ejercicio profesional. Escribió dos obras: *introducción a la medicina legal mexicana* y posteriormente el *Compendio de*



DR. LUIS H. CAPIO.

medicina legal mexicana, en colaboración con el doctor Gustavo Ruiz Sandoval, publicada en 1877 y que fue el texto en la facultad de Medicina durante varios años.

PRIMER CÓDIGO PENAL

Es de interés para la medicina legal lo referente al nombramiento, el 6 de octubre de 1862, de una comisión que formulara un Código Penal para el Distrito Federal y el territorio de Baja California, el cual fue truncado por la invasión extranjera a México y se reanudó en 1868.

En el Código Penal se consideró una serie de conceptos de heridas y de otro tipo de lesiones, que se refieren a delitos de lesiones y homicidio y cuyos dictámenes periciales ocupan la mayor parte del trabajo de los médicos legista.

Las lesiones se clasificaban en leves, graves por accidente y graves por esencia. Más tarde se agregaron otras dos clases de lesiones: las heridas letales por accidente y las heridas letales por esencia. Esta clasificación permaneció hasta el año de 1871.

ORGANIZACIÓN DEL SERVICIO MÉDICO LEGAL

El servicio Médico Legal del Distrito Federal y territorios federales no se organizó por completo sino hasta 1903, cuando el Gobier-

no de la República dictó la Ley de Organización Judicial y el Reglamento de la Ley Orgánica de Tribunales. Dicha ley en su artículo 114, dice:

“El servicio médico legal para la administración de justicia en el distrito será desempeñado por los médicos de la comisaría, los de hospitales, los de cárceles y los peritos médicos legistas.”

En el artículo 119, se mencionaba:

“Habrá en la ciudad de México cuatro peritos médico-legistas, dos químicos, un practicante, un escribiente archivero, dos mozos y un médico legista en cada una de estas delegaciones: Tacuba, Tacubaya, Tlalpan y Xochimilco.”

Durante más de 15 años el Servicio Médico Legal de la ciudad de México funcionó de acuerdo con la ley de 1903; el 9 de septiembre de 1919, el gobierno heredó de la Revolución Mexicana la Ley Orgánica de Tribunales del Fuero Común en lo relativo a la organización del servicio médico legal.

El código penal de 1929 creó el Consejo Supremo de Defensa y Prevención Social; entonces el servicio médico-legal dejó de pertenecer al Tribunal Superior de Justicia para formar parte del consejo, del cual dependió hasta 1931, cuando se puso en vigor el código penal vigente.

SERVICIO MÉDICO LEGAL DEL D.F.

En el plano técnico, los médicos legistas del Distrito Federal están agrupados principalmente en tres instituciones:

- Servicio Médico Forense, que en la capital depende del Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal, y se encarga de la práctica de autopsias medicolegales.
- Dirección General de Servicios Periciales de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal. Sus médicos asisten al escenario de la muerte, atienden casos de

lesiones así como de delitos contra la libertad sexual.

- Procuraduría General de la Justicia de la República, cuyos médicos atienden a los casos de farmacodependencia y otros delitos federales.

En cada Estado existe un Servicio Médico Forense que depende de la Dirección General de Servicios Periciales de la Procuraduría General de la Justicia Estatal.

Medicina Legal en Guadalajara.

Prácticamente el fundador del Departamento de Medicina Legal en Guadalajara fue el Dr. Don Enrique Camarena que también fue el director del Hospital Civil, director de la Facultad de Medicina y posteriormente Rector de la Universidad de Guadalajara. Continuó con el cargo el Dr. Don Roberto Michel y después el Dr. Salvador García, continuado con dicho cargo el Dr. Don Eduardo Contreras Reyna a quien se le debe el mérito de haber modernizado los métodos de archivo del Departamento.

Durante la época del Dr. Eduardo Contreras Reyna fue secretario el Dr. Miguel Quezada, el cual continuó con la jefatura del Departamento durante el gobierno del Lic. Agustín Yañez y secretario en el periodo comprendido entre 1953 y 1959 el Dr. Mario Rivas Souza.

Después del gobierno del Lic. Agustín Yañez siguió en el cargo el Sr. Profesor Don Juan Gil Preciado y habiendo sido nombrado como presidente del Supremo Tribunal de Justicia el Sr. Lic. Don Santiago Camarena y debido a la renuncia del Sr. Dr. Miguel Quezada Ochoa, fue nombrado Director del Departamento de Medicina Legal el Dr. Mario Rivas Souza, ya que en esa fecha el Departamento de Medicina legal dependía del Supremo Tribunal de Justicia.

El Dr. Mario Rivas Souza ha desempeñado el cargo de Director del Departamento de Medicina Legal desde el año 1959 a la fecha.

Siendo ya gobernador el Lic. Flavio Romero de Velazco, el Departamento de Medicina Legal cambió de nombre por el Servicio Médico Forense (SEMEFO) y pasó a ser una dependencia de la Procuraduría de Justicia del Estado de la que era titular el Sr. Lic. Salvador Cárdenas Navarro. Durante este periodo se le dio al SEMEFO un gran impulso.

Durante el gobierno del Sr. Lic. Guillermo Cosío Vidaurri se reforzó el techo del Depto. de Medicina Legal que estaba a punto de caerse por la acción del tiempo y las lluvias así como que se autorizó la construcción de un horno crematorio el cual nunca llegó a funcionar por haber quedado inconclusa la obra.

Cosío no terminó su período de gobierno ya que pidió una licencia después de las explosiones del 22 de abril de 1992, continuando como Gobernador Interino el Lic. Carlos Rivera Aceves sin haber ningún cambio en la Procuraduría de Justicia; en este período aconteció el asesinato del Sr. Cardenal Posadas Ocampo en el Aeropuerto Internacional de la Ciudad de Guadalajara y al cual el Dr. Mario Rivas Souza practicó la autopsia correspondiente, esto le valió un reconocimiento no sólo nacional sino internacional debido a su firme determinación al respecto.

Al terminar su encargo como Gobernador Interino el Lic. Carlos Rivera Aceves, ocupó la gubernatura del Estado el Sr. Ing. Alberto Cárdenas Jiménez.

En el período del Ing. Alberto Cárdenas Jiménez, en el estado de Jalisco, por decreto 17/152 de su Congreso, en 1998 se estableció el Instituto Jalisciense de Ciencias Forenses (IJCF) como organismo público descentralizado, con domicilio en Guadalajara. Este instituto tiene como primera autoridad una Junta de Gobierno, presidida por el procurador general de Justicia del Estado. Como primer director general se nombró al doctor Macedonio S.

Támez Guajardo.

México ha sido sede de varios eventos medicolegales internacionales: simposium de medicina legal, dos congresos de la Asociación Latinoamericana de Medicina Forense, uno de ellos con carácter mundial.

REFERENCIAS

- 1) Vargas Alvarado, Eduardo. Medicina Legal. 2ª Ed. México: Trillas, 1999 (reimp. 2007)
- 2) Rivas Souza, Mario. Medicina Legal. México: Cuellar, 1999
- 3) Grandini González, Javier. Medicina Forense. 1ª Ed. México: McGraw Hill Interamericana, 2004

Caso CODAMEVER – Vacuna contra influenza H1N1

Jorge O. Flores Esteva¹

María del Carmen Flores Callejas²

María Concepción de la Soledad Tellez Mora³

Emilio Sánchez Tenorio⁴

RESUMEN CLÍNICO

Paciente femenino de 52 años de edad con antecedentes de ser diabética tipo 2 diagnosticada en 2007 y VIH positiva desde 1999 en tratamiento con anti retrovirales. A principios de marzo le fue aplicada en la Jurisdicción Sanitaria No. VIII, la vacuna anti-influenza estacional y anti-influenza tipo A H1N1 presentando dolor en hombro izquierdo, entumecimiento de los dedos anular y meñique así como pérdida de fuerza del brazo izquierdo sin poder levantar el brazo hacia atrás, situación de la que no se ha recuperado y que atribuye a la aplicación de las vacunas.

En términos de lo anterior, el asunto estriba en establecer si:

- El diagnóstico y tratamiento otorgados a la paciente en la unidad médica donde fue vacunada existió negligencia, impericia o dolo.
- La aplicación de la vacuna motivo de la inconformidad estuvo bien indicada
- Si existe relación de causalidad entre la vacuna aplicada a la paciente y las alteraciones que refiere en su hombro y brazo izquierdos.

ANÁLISIS DEL CASO

El término “vacuna” está definido en la “NOM-036-SSA2-2002, *Prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, sueros, antitoxinas e inmunoglobulinas en el humano*” como una

suspensión de microorganismos vivos atenuados, inactivados o sus fracciones, que son aplicados a individuos con el objeto de inducir inmunidad activa protectora contra la enfermedad infecciosa correspondiente (17), en otras palabras, es un producto que introducido al organismo que se vacuna, creará defensas en contra de los microorganismos a partir de los cuales esta formada esa vacuna específica. Los beneficios de la creación de vacunas y su aplicación masiva están fuera de discusión; a lo largo y ancho del planeta han disminuido el impacto de enfermedades infecciosas de fácil transmisión y en algunos casos incluso han erradicado algunas enfermedades en áreas geográficas específicas.

No obstante el beneficio evidente del desarrollo de vacunas y la política de salud de efectuar campañas de vacunación masiva, este recurso de tratamiento preventivo no está exento de riesgos para quienes son vacunados, tema sobre el cual hay especial cuidado e interés en diversas organizaciones mundiales para identificar y estudiar cualquier complicación que ocurra en los siguientes 30 días después de la aplicación de una vacuna y que pueda ser sospechosa de ser secundaria a la misma.

Mediante consensos internacionales se han acuñado términos para identificar aquellos eventos que ocurren en proximidad a la aplicación de una vacuna, términos que

¹ Titular de Arbitraje y Dictámenes (CODAMEVER)

² Departamento de Arbitraje (CODAMEVER)

³ Departamento de Dictámenes (CODAMEVER)

⁴ Departamento de Dictámenes (CODAMEVER)

México ha aceptado y están plasmados en el Manual de Procedimientos Técnicos del Consejo Nacional de Vacunación (7); así se define como Eventos temporalmente asociados a la vacunación a todas aquellas manifestaciones clínicas que se presentan dentro de los 30 días posteriores a la aplicación de una o más vacunas y que no son ocasionadas por alguna entidad nosológica específica (para la vacuna Sabin el periodo puede ser hasta de 75 días y para la vacuna BCG, de hasta seis meses). Éstos a su vez se subdividen en Eventos graves temporalmente asociados a la vacunación, a las manifestaciones clínicas que ponen en riesgo la vida del paciente, o cuyas secuelas afectan la capacidad funcional del individuo, incluyendo en su caso, las defunciones. Como Eventos leves temporalmente asociados a la vacunación se definen las manifestaciones clínicas locales en el sitio de aplicación de las vacunas y a las sistémicas que se tratan en forma ambulatoria y no dejan secuelas. Se conoce como Eventos moderados temporalmente asociados a la vacunación, a las manifestaciones clínicas que, aun cuando requieren hospitalización, no ponen en riesgo la vida del paciente, o las secuelas presentadas no afectan la capacidad funcional del individuo.

En ese contexto, la paciente manifestó en su queja que el día tres de marzo de dos mil diez acudió a la unidad médica para que se le aplicara la vacuna contra la influenza estacional y la pandemia (este ultimo término en referencia a la vacuna anti-influenza tipo A H1N1) lo cual se vincula a la documental ofrecida por ella a foja 8 consistente en un carnet para aplicación de vacunas que si bien está fotocopiado en forma incompleta, se logran apreciar sus dos apellidos y la aplicación de ambas vacunas para la influenza tanto la estacional como para la influenza H1N1.

Establecido que el material probatorio permite conocer que la paciente recibió

ambas vacunas, procede analizar si estaba indicada en su caso la aplicación de las vacunas de referencia. En la página 1 de los Lineamientos operativos generales de la Vacunación anti-influenza A H1N1 editados en 2009 se establece, entre otras indicaciones para la vacunación contra la influenza estacional y H1N1, aquellas pacientes consideradas de alto riesgo por cursar, entre otras patologías, con Diabetes mellitus o compromiso del sistema inmunológico. La USUARIA era portadora de diabetes mellitus y era además VIH positivo de forma tal que se puede concluir que sí estaba indicada la aplicación de la vacuna para la USUARIA por lo que su aplicación fue acorde a la normativa vigente.

El siguiente punto a analizar es si el procedimiento de administración de la vacuna fue acorde a la normativa que regula esta parte del proceso de vacunación, normativa que está establecida por el Consejo Nacional de Vacunación en los Lineamientos mencionados en el párrafo anterior en sus páginas 3 y 4. La unidad médica en que se aplicó la vacuna no ofreció evidencia que pruebe que el procedimiento fue realizado en apego a la citada normativa sin embargo a ese respecto esta Institución Arbitral considera procedente hacer algunas consideraciones.

Los eventos adversos asociados temporalmente a las vacunas pueden ocurrir por varias causas, las mas frecuentes son consecuencia de la aplicación directa de la vacuna y se manifiestan en el sitio donde se aplicó el biológico; se manifiestan básicamente como irritación y dolor, su duración es breve y se autolimitan espontáneamente; otros eventos adversos son producto de la interacción entre el material contenido en las vacunas y el organismo receptor mediado por mecanismos mas complejos como el sistema inmunológico u otros aun no bien conocidos y a estos eventos se les llama sistémicos.

En el presente caso se buscará establecer si las manifestaciones clínicas que percibe la USUARIA como consecuencia de la aplicación de las vacunas se debe a impericia, negligencia o dolo analizando las dos hipótesis que de confirmarse permitirían establecer que la percepción de la USUARIA es correcta, una es que las manifestaciones clínicas de la USUARIA sean consecuencia de una aplicación inadecuada de la vacuna en el hombro izquierdo y la otra es que las manifestaciones clínicas de la USUARIA fueran resultado de un mecanismo sistémico.

Para analizar la primera hipótesis se hace necesario recurrir a las pruebas de reconocimiento médico recabados para mejor proveer tanto el reconocimiento traumatológico como el neurológico. Según estas probanzas los hallazgos clínicos fueron los siguientes:

- No hay hipotrofia muscular, término que alude a una disminución del espesor del principal músculo del hombro conocido como deltoides así como a otros músculos del brazo y antebrazo izquierdos.
- Hay limitación funcional del hombro izquierdo a los movimientos de rotación medial de la articulación glenohumeral izquierda y elevación del miembro torácico izquierdo.
- Hay dolor en hombro izquierdo a la palpación.
- Hay disminución de la sensibilidad en la región braquial que llega hasta la palma y dorso de la mano.
- Fuerza muscular disminuida en el hombro izquierdo que llega hasta la mano ipsilateral

Adminiculadas estas dos probanzas permiten establecer que la USUARIA es portadora de una afectación neuromuscular que abarca desde el hombro hasta la mano en el miembro torácico izquierdo.

La única forma por la cual una aplicación

inadecuada de la vacuna administrada en el hombro izquierdo de la USUARIA pudiera causar las alteraciones neuromusculares detectadas en los reconocimientos médicos sería una lesión directa, física o química de las fibras nerviosas que los reconocimientos mostraron afectadas.

Existe un conocimiento médico importante contenido en la "*Lex Artis Médica*" para analizar si las manifestaciones clínicas referidas por la USUARIA e identificadas en los reconocimientos médicos fueron o no causadas por una aplicación inadecuada de la vacuna produciendo una lesión directa sobre fibras nerviosas del miembro torácico izquierdo y este conocimiento es anatómico. De los reconocimientos médicos efectuados se desprende que existen alteraciones tanto sensitivas como motoras en amplias zonas del brazo, antebrazo y mano izquierdas lo cual implica un compromiso de múltiples ramas del llamado plexo braquial a cuyo cargo está la innervación sensitiva y motora de ese miembro. El dolor del hombro pareciera sugerir una mononeuropatía del nervio circunflejo sin embargo, no sería posible explicar mediante ese diagnóstico las alteraciones encontradas en brazo, antebrazo y mano ya que la innervación de estos últimos segmentos corresponde a otros troncos nerviosos.

Las alteraciones motoras y de sensibilidad encontradas en los reconocimientos médicos implican afectación de las ramas sensitivas del nervio músculo cutáneo, braquial cutáneo externo, así como de las ramas terminales en la mano de los nervios mediano, cubital y radial; estos últimos tres nervios también están comprometidos en sus fibras motoras de acuerdo al reconocimiento médico.

Otro elemento esencial en el razonamiento necesario para analizar esta hipótesis es el conocimiento anatómico de que los tres principales nervios del plexo braquial que dan sensibilidad y fuerza muscular al miembro

torácico izquierdo llamados radial, mediano y cubital (15), están situados en la parte profunda de la axila de manera tal que es imposible lesionarlos con las agujas usadas para la aplicación de las vacunas de la influenza que en general son de calibre 22 y 32 mm de largo (5), mismas que se insertan en la parte mas voluminosa del músculo deltoides es decir, en el extremo opuesto del hombro interponiéndose el humero entre el sitio de la aplicación de la vacuna y la parte profunda de la axila.

Es así que concatenando los resultados de los reconocimientos médicos aportados por esta Comisión con los conocimientos médicos aplicables al caso, es de lógica consecuencia que no hay bases anatómicas para considerar que la aplicación de la vacuna en el brazo izquierdo de la USUARIA haya sido capaz de producir una lesión directa a los nervios que explicaran las alteraciones de las que actualmente se duele y por lo tanto, las alteraciones de la paciente motivo de la queja no pueden considerarse atribuibles a impericia o negligencia en la técnica de aplicación de la vacuna.

Procede ahora analizar si hay evidencia que permita considerar un posible efecto sistémico de las vacunas aplicadas esto es, explicar el daño no por lesión directa sino por mecanismos sistémicos que se han considerado en diferentes vacunas, algunos de ellos no bien identificados. Las reacciones sistémicas asociadas a la vacuna contra la influenza A H1N1 son: escalofrío, malestar general, dolor de cabeza, articular o muscular (6), todos ellos de naturaleza leve a moderada, transitoria y de recuperación espontánea. Los lineamientos Operativos de la Vacuna anti-influenza grupo AH1N1 recomiendan que se haga énfasis en la vigilancia de la parálisis flácida aguda que cuando es progresiva y ascendente se conoce como síndrome de Guillan Barré (SGB) ya que, además de otras neuropatía, se sospecha pudieran estar asociadas a

varias vacunas como la aplicada contra la difteria, el toxoide tetánico y la hepatitis B. (8) alteraciones que por no ser conocido el mecanismo por el cual pudieran asociarse, se recomienda su especial vigilancia.

El problema central para establecer la relación causa-efecto entre la aplicación de una vacuna y un evento adverso posterior en un individuo en que se presuma un mecanismo sistémico está determinado por la baja frecuencia con que ocurren los eventos presuntamente asociados a las vacunas en un universo de sujetos vacunados a lo cual se agrega que la mayoría de los eventos descritos asociados a las vacunas también ocurren en forma espontánea en la población no vacunada. En el caso de la mayoría de las vacunas lo frecuente es que algunos eventos adversos presuntamente relacionados tienen una frecuencia de presentación menor o cuando menos similar a la descrita en la población no vacunada lo cual hace prácticamente imposible determinar en un sujeto específico si un evento adverso posterior a una vacuna es o no consecuencia de la misma. Ante grandes universos de pacientes vacunados como ocurre hoy día, con la excepción de las reacciones alérgicas solo recurriendo a la epidemiología es posible saber si una vacuna produce mayor frecuencia de un evento adverso que la frecuencia con que ese evento ocurre en la población no vacunada.

Analicemos esto usando como ejemplo el síndrome de Guillam Barré (SGB) que ha sido más estudiado que otras neuropatías en relación a la aplicación de vacunas.

En 2009 Haber y colaboradores (12) en el Centro de Prevención y Control de Enfermedades en Atlanta analizaron la asociación entre el SGB y diferentes vacunas para lo cual revisaron la experiencia médica acumulada entre 1959 y 2008 concluyendo que a excepción de la vacuna contra la influenza porcina usada entre 1976 y 1977

que se producía en tejido de cerebro de mamíferos, procedimiento que ha sido abandonado actualmente, no había evidencia de una relación causal entre el SGB y la aplicación de vacunas lo que incluye a la influenza. Fiore y Cols (10) haciendo alusión a otros estudios refieren que en entre 1976-1977, la posible asociación se dio en 1 por 100,000 receptores de la vacuna contra la influenza porcina mientras que los estudios posteriores, una vez abandonado ese método de fabricación, mostraron una frecuencia de 1-2 casos por 1,000 000 de vacunas, frecuencia similar a la presentación del SGB en la población no vacunada lo que ha llevado a que se cuestione una relación causal entre la vacuna contra la influenza y el SGB. Salvo lo ocurrido en 76-77, en ningún otro caso se ha podido sustentar una relación causal entre las vacunas contra influenza y el SGB.

En 2009 Souayah y Cols. (18) publicaron una revisión de 1000 casos de SGB ocurridos en Estados Unidos entre 1990 y 2005 concluyendo que en el caso de la vacuna contra la influenza, solo en mayores de 65 años se observó un incremento marginal de eventos adversos entre los vacunados y no vacunados. Poco después en 2010, el Centro de Control y Prevención de enfermedades en Atlanta publicó un reporte de morbilidad y mortalidad en relación a la vacuna monovalente contra influenza A H1N1 (19) en el cual informó que el riesgo de desarrollar un SGB después de haber recibido la vacuna contra la influenza actualmente es de 0.8 por millón de vacunas administradas por arriba de la población no vacunada lo que solo permite considerar que hay un mínimo riesgo marginal de requerir hospitalización porque ocurra un SGB después de ser vacunados contra H1N1. Ningun otro estudio realizado en Estados Unidos ha podido demostrar que la frecuencia de SGB sea marginalmente mayor en los vacunados contra influenza H1N1 en comparación con los no vacunados.

La dificultad en establecer la relación causal entre la vacuna anti- influenza H1N1 (lo cual es extensivo a otras vacunas) y eventos presuntamente asociados a ellas lo plantea claramente Blacke y cols. (3) En 2009 estos autores publicaron un artículo científico que explica claramente la dificultad de la relación causal en estos casos al identificar lo que llama el “background rate” en los procesos de vacunación masiva. El ejemplo más claro es el siguiente: Si hoy se vacunaran 10 millones de personas en Inglaterra, se esperarían 21.5 casos de SGB y 5.7 casos de muerte súbita en las siguientes 6 semanas de la vacunación. Si la vacunación fuera de 10 millones de mujeres en Estados Unidos, se esperarían 86.3 casos de neuritis óptica en el mismo periodo. Si se vacunaran un millón de embarazadas habría 397 abortos el mismo día de la vacunación. Cualquiera de estos eventos fácilmente podría considerarse asociado a la vacuna pero en realidad se trata de eventos asociados en forma coincidental con la vacuna, sin más relación con la vacuna que la cronológica. La alarma sobre cualquier vacuna se enciende cuando la frecuencia de un evento adverso rebasa en forma significativa el “background rate” de ese evento en la población general, es decir, la ocurrencia de ese evento en la población no vacunada.

Es así que, independientemente de que la USUARIA no aporta material probatorio que avale su percepción en el sentido de que las alteraciones neuromusculares de que se duele en el brazo izquierdo son consecuencia de la vacuna, al no haber registros de casos similares al ocurrido en la paciente con la aplicación de las vacunas para la influenza en el área donde se aplico la misma vacuna, la fuerza de asociación de los criterios de causalidad de Bradford Hill(1,4) es insignificante. Además de lo anterior, no es posible diferenciar lo ocurrido a la USUARIA, de la presentación espontánea de una neuropatía de otra naturaleza que se haya

presentado en forma coincidente después de la vacuna. En otras palabras, a la luz de la información científica mencionada en los párrafos precedentes, no hay evidencia científica en la "Lex Artis Médica" que permita fundamentar que las alteraciones neuro musculares de que se duele la USUARIA sean consecuencia directa de la administración de las vacunas que se aplicaron.

Existen otros elementos que es necesario considerar como explicación de la neuropatía detectada a la paciente y es la diabetes de evolución prolongada y la administración crónica de medicamentos antiretrovirales. La bibliografía científica muestra que la diabetes es un factor predisponente para la llamada pericapsulitis adhesiva y que la administración de fármacos antivirales como el Indinavir que recibió por largo tiempo la USUARIA son capaces de producir una neuropatía tóxica factible de explicar los síntomas de la paciente (2, 9, 11, 13).

En síntesis, el presente análisis permite arribar a la conclusión de que no existe elemento de certeza de que las manifestaciones clínicas que refiere la paciente en su queja sean consecuencia de negligencia, impericia o dolo en la aplicación de las vacunas anti influenza que le fueron administradas; de igual manera, es posible arribar a que las manifestaciones clínicas contenidas en la queja de la paciente son explicadas con plausibilidad biológica por situaciones pre existentes como la diabetes mellitus y la administración de medicamentos anti retrovirales necesarios para el tratamiento de su infección por HIV.

REFERENCIAS

- 1) Análisis de datos aplicados a la investigación en salud. Criterios de causalidad. Criterios de Bradford Hill (1965) <http://xa.yimg.com/kq/groups/24314312/1342266433/name/Pastilla+-+Criterios+de+Causalidad.pdf>.
- 2) Benavides e, Soza Ma. Neuropatías asociadas al síndrome de inmunodeficiencia adquirida cuadernos de neurología Vol. XXVII 2003 <http://escuela.med.puc.cl/publ/cuadernos/2004/NeuropatiasAsociadas.htm>
- 3) Black S, Eskola J, Siegrist CA, Halsey N, Macdonald N, Law B, Miller E, Andrews N, Stowe J, Salmon D, Vannice K, Izurieta HS, Akhtar A, Gold M, Oselka G, Zuber P, Pfeifer D, Vellozzi C. Importance of background rates of disease in assessment of vaccine safety during mass immunisation with pandemic H1N1 influenza vaccines. Lancet. 2009 Dec 19; 374 (9707): 2115-22.
- 4) Bradford Hill. Los criterios de causalidad. <http://www.xatakaciencia.com/matematicas/los-criterios-de-causalidad-de-bradford-hill>.
- 5) Consejo Nacional de Vacunación. Lineamientos operativos generales. Vacunación anti-influenza A H1N1. pag 7, 2009.
- 6) Consejo Nacional de Vacunación. Lineamientos operativos generales. Vacunación anti-influenza A H1N1. pag 9, 2009.
- 7) Consejo Nacional de Vacunación. Manual de procedimientos técnicos. Eventos Temporalmente Asociados a la Vacunación. pag. 15-16; 2002.
- 8) Consejo nacional de Vacunación. Manual de Procedimientos técnicos. Eventos temporalmente asociados a la vacunación pag. 97, 103; 2002.
- 9) Ewald A. Adhesive capsulitis: a review. Am Fam Physician. 2011 Feb 15; 83(4):417-22.
- 10) Fiore AE, Bridges CB, Cox NJ Seasonal influenza vaccines Curr Top Microbiol Immunol. 2009; 333:43-82.
- 11) Griggs SM, Ahn A, Green A. 407Idiopathic adhesive capsulitis. A pros

- pective functional outcome study of nonoperative treatmentJ Bone Joint Surg Am. 2000 Oct; 82-A(10):1398.
- 12) Haber P, Sejvar J, Mikaeloff Y, DeStefano F. Vaccines and Guillain-Barré syndrome. Drug Saf. 2009; 32(4):309-23.
- 13) "Harrison's Principles of Internal Medicine". Ed. McGraw Hill, 16^a ed. pág. 118-119; 2005.
- 14) Lineamientos operativos generales de la Vacunación anti-influenza A H1N1 pag. 1; 2009.
- 15) Lineamientos operativos generales de la Vacunación anti-influenza A H1N1 pag. 3-4; 2009.
- 16) Netter FH; The Ciba Collections of Medical Illustrations. Nervous System Part 1, Volume 1. 1986 pag. 116-121.
- 17) NOM-036-SSA2-2002, Prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, sueros, antitoxinas e inmunoglobulinas en el humano.
- 18) Souayah N, Nasar A, Suri MF, Qureshi AI. Guillain-Barré syndrome after vaccination in United States: data from the Centers for Disease Control and Prevention/Food and Drug Administration Vaccine Adverse Event Reporting System (1990-2005). J Clin Neuromuscul Dis. 2009 Sep; 11(1): 1-6.
- 19) MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2010 Jun 4;59(21):657-61.Preliminary results: surveillance for Guillain-Barré syndrome after receipt of influenza A (H1N1) 2009 monovalent vaccine - United States, 2009-2010.Centers for Disease Control and Prevention (CDC).

4 de agosto de 2012
Veracruz, Ver.

UPAV – Sede Veracruz Centro

En el marco del “Encuentro Académico” organizado por los alumnos de la licenciatura en derecho de la Universidad Popular Autónoma de Veracruz, sede Tecnológico de Veracruz, la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Veracruz, por conducto del maestro Ricardo Ortega González, expuso las atribuciones de la CODAMEVER, así como las etapas que conforman el proceso arbitral médico, invitándolos a que ante una controversia médico-paciente, agoten esta instancia alterna especializada en dirimir tales diferencias, además de ser objetiva, imparcial, gratuita y expedita.



Durante el encuentro tuvo verificativo un rally jurídico en el que los estudiantes se dieron a la tarea de resolver la incógnita de cada pista lanzada por el Comité Organizador integrado por los futuros abogados Juana Sagrero Valencia, Damaris Ávila Domínguez y Fernando Villegas Salas. Posteriormente, se contó con la participación de los licenciados Luis Ignacio Valdovinos Hernández y Rodolfo de Jesús García Vidal, quienes expusieron los temas: a) Ética y Moral, y b) Derecho familiar, respectivamente.

Previo a la clausura, la licenciada Clara Teresa Romero Mayoral hizo entrega de reconocimientos a los estudiantes que participaron, así como a las autoridades del ITV y UPAV por el apoyo otorgado para el desarrollo del evento.



14 de agosto de 2012
Veracruz, Ver.

XEU de Veracruz

El titular de la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Veracruz, Emilio Stadelmann López, en compañía de autoridades del IMSS e ISSSTE de Veracruz, expusieron las razones por las que se considera no existió negligencia médica en el caso de los gemelos nacidos en el Hospital General de Veracruz; el Comisionado afirmó que se trató de un error administrativo y reconoció que hasta el momento, la CODAMEVER no ha intervenido en este caso, ya que se interpuso una denuncia ante el Ministerio Público.

Por su parte el licenciado Roberto Virgen Riveroll, Subcomisionado Jurídico, dijo que no obstante el asunto ya estaba en manos del Ministerio Público, la CODAMEVER podría coadyuvar mediante la emisión de un dictamen médico institucional. Asimismo, agregó que la Comisión no es solo un ente conciliador, sino también lleva a cabo juicios arbitrales, en donde emite un laudo el cual al ser vinculatorio, tiene el mismo carácter que una sentencia.

Durante la entrevista, los ciudadanos preguntaron qué podía hacer la CODAMEVER en situaciones como falta de insumos o medicamentos o diferimiento en la atención médica, interrogantes que fueron respondidas por el doctor Alfredo Guerrero Hernández, titular del Departamento de Orientación y Quejas quien dijo ese tipo de inconformidades son resueltas mediante gestión inmediata, con resultados satisfactorios gracias a la colaboración de las instituciones de salud.



5 de septiembre de 2012
Xalapa, Ver.

Secretaría de Salud del Estado de Veracruz

El Consejo Directivo de la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Veracruz llevó a cabo su II Sesión Ordinaria en las instalaciones de la Secretaría de Salud del Estado, la cual fue presidida por el doctor Emilio Stadelmann López, titular de la CODAMEVER, y Presidente del Consejo en suplencia del señor Gobernador del Estado, doctor Javier Duarte de Ochoa. El Comisionado agradeció al señor Secretario de Salud en la Entidad, doctor Pablo Anaya Rivera, el haber brindado las instalaciones de esa dependencia a su digno cargo para la celebración de dicha sesión.



En esta junta de trabajo se designó al licenciado Roberto Virgen Riveroll, Subcomisionado Jurídico, como Secretario Técnico del Consejo Directivo de la Comisión y se aprobó la normativa que regirá a la Comisión, ahora como Organismo Público Descentralizado del Gobierno del Estado, así como el logo tipo que identificará a la CODAMEVER.

Al término de la sesión, el Mtro. Luis Fernando Perera Escamilla, Presidente de la Comisión Estatal de Derechos Humanos, expresó su reconocimiento y gratitud a los doctores Pablo Anaya Rivera y Emilio Stadelmann López, quienes desde sus ámbitos de competencia han contribuido a la mejora de las actividades de la Comisión que preside.

Ciclo de Conferencias

El veintidós de septiembre del año en curso, el licenciado Ricardo Ortega González acudió a la sesión semanal de los profesionales de la enfermería militar de esta Ciudad, con el objetivo de intercambiar ideas respecto el marco legal que rige la actuación de dichos facultativos, así como la responsabilidad jurídica en que pueden incurrir durante el ejercicio de su profesión.

También, explicó la importancia y trascendencia que tiene el expediente clínico, para lo cual planteó casos prácticos, situación que despertó el interés de los licenciados en enfermería, quienes enriquecieron la sesión aportando sus propias experiencias en el campo de la salud.

Posteriormente, el ocho de octubre el licenciado Ortega acudió al Hospital Regional de Tarimoya Veracruz para participar en la Jornada por la Calidad en la Atención Médica, evento organizado por las autoridades de ese nosocomio con la finalidad de elaborar recomendaciones que permitan elevar la calidez y calidad de los servicios médicos que se brindan en ese hospital. Durante el evento estuvo presente el doctor Lorenzo Castañeda Pacheco, director del hospital, quien exhortó a su equipo médico a seguir trabajando por la salud de los habitantes, agradeciendo la participación de la CODAMEVER.

Después, el dieciocho de octubre los licenciados Consuelo Fabián Marneau y Ricardo Ortega González impartieron en la Universidad Jean Piaget el taller denominado "Proceso Arbitral Médico", el cual estuvo dirigido a los alumnos de quinto y séptimo semestre de la licenciatura en derecho. Durante su intervención la abogada exhortó a los futuros abogados a agotar este medio alterno de solución de controversias, sobre todo tratándose de prestaciones de atención médica las cuales son resueltas mediante una gestión inmediata.



16 de octubre de 2012
Veracruz, Ver.

Secretaría de Salud del Estado de Veracruz

El Consejo Directivo de la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Veracruz llevó a cabo su III Sesión Ordinaria, la cual estuvo presidida por el doctor Emilio Stadelmann López, titular de la CODAMEVER. En esta ocasión, se presentó a los señores Consejeros el informe de actividades de enero a octubre de dos mil doce, así como el Programa Operativo Anual correspondiente al año dos mil trece, mismos que fueron analizados y aprobados por los integrantes del Consejo.

El doctor Pablo Anaya Rivera, Secretario de Salud, al igual que el maestro Luis Fernando Perera Escamilla, Presidente de la Comisión Estatal de los Derechos Humanos, agradecieron al doctor Stadelmann López la colaboración que ha tenido para cada una de las instituciones que ellos dirigen, refrendando el compromiso por la mejora en la calidad de los servicios médicos que se otorgan en la entidad.

El Secretario Técnico del Consejo, licenciado Roberto Virgen Riveroll, comunicó a los asistentes el cumplimiento y avance de los acuerdos previos, notificándoles la fecha señalada para la celebración de la IV Sesión Ordinaria.



20 y 21 de noviembre de 2012
Puebla, Pue.

XXI Sesión Ordinaria del Consejo Mexicano de Arbitraje Médico

El Consejo Mexicano de Arbitraje Médico, celebró su Vigésima Primera Sesión Ordinaria, en la Heroica Puebla de Zaragoza, Puebla, los días 20 y 21 de noviembre de 2012, presidida por el Dr. José Meljem Moctezuma, Comisionado Nacional de Arbitraje Médico y la participación de veintidós Comisiones Estatales de Arbitraje Médico, con el objeto de fortalecer la vinculación de las instituciones públicas que aplican el modelo de arbitraje médico en el país, partiendo del principio irrenunciable de respeto a su autonomía, a fin de lograr la armonización en la definición de políticas generales y la homologación en los proceso de atención de inconformidades derivadas de la relación médico-paciente, mediante mecanismos alternativos de solución de controversias, así como promover el uso y aplicación de sistemas y estrategias que permitan coadyuvar a mejorar la calidad de la atención a la salud y seguridad del paciente.

Se abordaron diversos temas que inciden en el quehacer y el futuro del Arbitraje Médico en el país, entre los que destacan: Pasado, Presente y Futuro del Arbitraje Médico Nacional; Comentarios a la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico; Sistema de Registro Automatizado de Incidentes en Salud (SIRAIS), su Utilidad para la Calidad y la Seguridad del Paciente; Propuesta de Modificaciones al Proyecto de Decreto por el que se Expide la Ley sobre Controversias Derivadas de la Atención Médica; Mala Práctica de Enfermería en la Queja Médica; Reformas a la Ley de Arbitraje Médico de Baja California; Nuevo Marco Jurídico de la Comisión Coahuilense de Conciliación y Arbitraje Médico; Principios Básicos que deben Imperar en la Justicia Alternativa; Determinantes de la Falta de Conciliación en los Procedimientos de Queja Instaurados en la Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Oaxaca; Obstáculos para el Desarrollo del Arbitraje Médico en México; la Descentralización de los Servicios de Salud y la Solución de los Conflictos Derivados de la Atención Médica, así como el referente a la Salud y los Trabajadores de la Salud



23 de noviembre de 2012
Veracruz, Ver.

Facultad de Medicina de la Universidad Veracruzana

Como parte de las actividades del Colegio de Médicos del Estado de Veracruz, A.C. que en organización con la Facultad de Medicina Campus Veracruz de la Universidad Veracruzana, los licenciados Roberto Virgen Riveroll, Consuelo Fabián Marneau y Ricardo Ortega González, participaron en el ciclo de conferencias que se llevaron a cabo en esa casa de estudios, las cuales estuvieron dirigidas a médicos y estudiantes. Las conferencias giraron en torno a la responsabilidad jurídica de los profesionales de la salud, medidas para la prevención del conflicto médico, así como el análisis de casos prácticos.

El evento fue inaugurado por doctor Daniel González Vázquez, Presidente del Colegio de Médicos del Estado de Veracruz, A.C. y el licenciado Roberto Virgen Riveroll, Subcomisionado Jurídico de CODAMEVER, quien asistió en representación del señor Comisionado doctor Emilio Stadelmann López.



24 de noviembre de 2012
Boca del Río, Ver.

Colegio de Médicos del Estado de Veracruz, A.C.

El doctor Miguel Borrego Santillán, Jefe de la Oficina de Quejas, asistió en representación del C. Comisionado doctor Emilio Stadelmann López, a la ceremonia de toma de posesión de la Mesa Directiva 2013-2014 del Colegio de Médicos del Estado de Veracruz, A.C. en las instalaciones del Colegio de Ginecología y Obstetricia del Estado.

El doctor Borrego exhortó a los integrantes de la nueva Mesa Directiva a colaborar junto con la CODAMEVER en la mejora de los servicios médicos que se brindan a la ciudadanía, y al mismo tiempo les deseó el mejor de los éxitos durante su encomienda.

6 de diciembre de 2012
Xalapa, Ver.

Secretaría de Salud del Estado de Veracruz

El Consejo Directivo de la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Veracruz, llevó a cabo su IV Sesión Ordinaria en las instalaciones de la Secretaría de Salud de la Entidad, en donde se presentó el avance de los acuerdos tomados en sesiones previas, así como el informe de actividades de la Comisión, correspondientes al período octubre – diciembre de dos mil doce.

Asimismo, se puso a consideración del Consejo el Manual de Procedimientos y el de Servicios al Público, mismos que entrarán en vigor una vez aprobados por la Contraloría General del Estado.

También, se calendarizaran las sesiones del Consejo Directivo correspondientes al dos mil trece, las cuales serán trimestrales de conformidad con lo establecido en el Decreto de Creación de la CODAMEVER.



En Asuntos Generales, los Consejeros hicieron propicia la ocasión para felicitar al doctor Emilio Stadelmann López y a su equipo de colaboradores, por el compromiso y profesionalismo con el que se han desempeñado, exhortándolos a continuar con ese entusiasmo en beneficio de la sociedad veracruzana.

Al finalizar la sesión, los doctores Pablo Anaya Rivera y Emilio Stadelman López, Secretario de Salud del Estado y Comisionado Estatal de Arbitraje Médico, respectivamente, firmaron el Convenio de transferencia de recursos humanos y financieros mediante el cual SESVER sede a CODAMEVER tales recursos, en cumplimiento a lo establecido por el Transitorio Segundo del Decreto de Creación de la CODAMEVER, publicado en la Gaceta Oficial del Estado el dieciséis de mayo de dos mil once.





¿QUIERES LEVANTAR UNA QUEJA?

Requisitos para presentar una Inconformidad

De acuerdo al artículo 49 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 49.- 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 compomisoría, y
- VII. Identificación con firma y fotografía o huella digital del quejoso.”

A la queja 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.

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
<http://www.codamedver.gob.mx>