



VERACRUZ
GOBIERNO DEL ESTADO



COMISIÓN DE ARBITRAJE MÉDICO DEL ESTADO DE VERACRUZ



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

VOL. 15 NO. 1 ENERO – JUNIO 2014
ÓRGANO OFICIAL DE DIFUSIÓN

COMISIÓN DE ARBITRAJE MÉDICO DEL ESTADO DE VERACRUZ



*"UNIENDO ESFUERZOS PARA LA SOLUCIÓN DE
CONFLICTOS DE SERVICIOS MÉDICOS EN EL ESTADO"*

VOL. 15 NO. 1 ENERO – JUNIO 2014
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

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. Mauricio Martín Audirac Murillo
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	Dr. Ricardo García Guzmán
Comisionado	Dr. Emilio Stadelmann López
Subcomisionado Médico	Dr. Jorge Luis Herrera Beltrán
Subcomisionado Jurídico	Lic. Juan Carlos Utrera García

CONSEJO EDITORIAL

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

DISEÑO Y PRODUCCIÓN

Dr. Alfredo Guerrero Hernández
Mtro. Ricardo Ortega González
Mtro. 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 Página web: <http://www.codamedver.gob.mx> Publicación semestral, Vol. 15 No. 1 Enero – Junio 2014. 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	5
Ricardo Ortega González	
Conceptos jurídicos básicos	6
Fernando Alfaro-Victoria	
Prevención de daño neurológico del recién nacido durante el trabajo de parto. (Caso CODAMEVER).	19
Ma. Del Carmen Flores Callejas, Ma. Concepción Téllez Mora Jorge Octavio Flores Esteva, Emilio Sánchez Tenorio	
Noticias	23

Mensaje del Comisionado

Dr. Emilio Stadelmann López

Las puertas de la Comisión de Arbitraje Médico de Veracruz (CODAMEVER) fueron abiertas hace ya 15 años. A partir de entonces, la trascendencia de los cambios que en todos los órdenes se han sucedido en el seno de la sociedad Veracruzana nos inducen a reflexionar acerca del avance de instituciones que, como la CODAMEVER, se han desarrollado merced al respaldo social que generan sus acciones.

En tal sentido, las actividades de la institución han requerido que tomemos en cuenta los intereses de una población que cambia a pasos vertiginosos demandando un modelo de atención médica que responda a sus expectativas de obtener servicios de mayor calidad, en el sector público y privado, de suerte que puedan desterrarse inercias y atavismos arraigados a través de los años.

Este anhelo ciudadano de obtener servicios médicos de calidad ha orientado las políticas aplicadas en nuestras tareas cotidianas. Su legitimidad ha bastado para que trabajemos a conciencia en hacer efectivo un derecho ampliamente reconocido por su impacto social, pues entendemos que para consolidar una institución deben entenderse los reclamos de aquellos a cuyos intereses sirve.

Por ello, hemos puesto a disposición de la ciudadanía un modelo de resolución de controversias que día con día genera mayores esperanzas para mejorar la relación que tradicionalmente existe entre el paciente y los profesionales, técnicos y auxiliares que velan por su salud, restaurando la confianza entre las partes involucradas mediante una actuación imparcial y objetiva.

Es preciso reconocer que, en ocasiones, las quejas que recibe la CODAMEVER se basan

en apreciaciones subjetivas o mal informadas que se generan en los pacientes o en sus familiares por problemas de comunicación con el prestador del servicio, por lo que este hecho se constituye para nosotros en una oportunidad para consolidar la relación del médico con su paciente; con ello, se fomenta de manera adicional una cultura de corresponsabilidad en el cuidado de la salud.

La experiencia que hemos acumulado en estos 15 años de labor nos enseña que basta una pequeña dosis de insatisfacción para crear en el paciente una imagen negativa de los servicios médicos; aun cuando la génesis de la inconformidad se encuentre en una deficiente información o una inadecuada comunicación con el personal que le presta el servicio.

A través de las tareas de conciliación y arbitraje, la CODAMEVER garantiza a la ciudadanía una solución adecuada de las controversias médicas que, en lugar de acendrar el enfrentamiento y dar cabida a la llamada medicina defensiva, acerca más a los protagonistas de la relación médico paciente y los hace corresponsables de las decisiones tomadas para dirimir el conflicto mediante un proceso accesible, ágil y gratuito, que en otras circunstancias podría resultar lento y costoso.

Este modelo de resolución alterna de controversias, cuyas características principales son la imparcialidad para analizar los hechos, el conocimiento especializado del acto médico y la libre decisión de las partes, no sólo permite atender de manera expedita las inconformidades de los pacientes y sus familiares, sino que fortalece la calidad de la atención al inducir en los prestadores del

del servicio la responsabilidad de una actuación profesional, apegada a los cánones de la medicina.

El resultado de los análisis que llevan a cabo los servidores públicos de la CODAMEVER, tanto en el proceso de conciliación como en el juicio arbitral, brinda al personal de salud información confiable sobre el acto médico; clara muestra de que la CODAMEVER no busca controlar o limitar siquiera el ejercicio de su profesión, si no, por el contrario, facilitar los elementos para evaluar de manera objetiva su participación en la atención del paciente, lo que les permitirá corregir aquellas deficiencias que es posible y necesario evitar. Se allana así el camino para establecer pautas de conducta que permitan a la medicina de nuestro Estado de Veracruz un status de mayor calidad.

La profesión médica, de suyo, está alejada de pretensiones mesiánicas que prometen la rendición absoluta de los malestares que aquejan al hombre. Entendemos cabalmente la vulnerabilidad humana de quienes prestan servicios médicos a la población; por ende, en aquellas quejas donde, a través de una evaluación objetiva de las circunstancias en las que se llevó a cabo el acto médico, se perfeccionan los supuestos de alguna deficiencia en la atención, promovemos la conciliación de las partes en todo momento, salvo, en aquellos casos en los que se identifique un daño a la salud del paciente por conductas ilícitas constitutivas de delitos.

Editorial

A quince años de la creación de la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Veracruz, quienes formamos parte de ella, estamos conscientes que quien ejerce la medicina es un ser humano susceptible de errar, no por mala fe, sino quizá por la complejidad de una enfermedad que afecte a un paciente, por falta de recursos humanos o materiales, o simplemente, verse inmerso en una controversia médico-paciente por una apreciación equívoca de aquél usuario que estime que el servicio médico que le fue brindado, fue deficiente, lo que podríamos traducir en una falta de confianza de éste hacia su médico, sinónimo de una defectuosa comunicación médico-paciente.

El ejercicio de la medicina es una actividad profesional regulada en nuestro país por el artículo 5° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y la Ley de Profesiones reglamentaria del citado precepto constitucional, además de la Ley General de Salud junto con sus disposiciones reglamentarias. Dichos ordenamientos establecen los requisitos que una persona debe reunir para ejercer tan noble profesión, así como los estándares de calidad con que debe brindarse, además de los derechos y obligaciones que tiene todo profesional de la salud con los usuarios que requieren de sus servicios.

Es por ello que en esta edición, nos congratula el poder presentar a ustedes un artículo del doctor Fernando Alfaro-Victoria, médico anestesiólogo del Centro Médico ABC, titulado “Conceptos jurídicos básicos”, mismo que fue publicado en la Revista Mexicana de Anestesiología, bajo la dirección del doctor Raúl Carillo Esper, a quienes agradecemos la oportunidad de permitirnos compartir dicha publicación, en donde de manera práctica y entendible, se aborda el marco jurídico que rige la actuación del médico, los tipos de responsabilidad en que se puede incurrir, sus derechos y obligaciones, así como los aspectos básicos que se deben tener en cuenta en caso de afrontar una queja, demanda o denuncia derivada de su ejercicio profesional.

Asimismo, se presentan dos casos clínicos sobre la prevención de daño neurológico del recién nacido durante el trabajo de parto, el cual estamos seguros contribuirá, precisamente, a prevenir un daño de esta índole.

Finalmente, compartimos las actividades de mayor relevancia que esta Comisión ha llevado a cabo en distintos foros, en los que se difunden nuestras funciones y se comparte la experiencia adquirida en el análisis de los casos que conocemos, a fin contribuir en la mejora de los servicios médicos que se brinda en nuestra entidad.

Lic. Ricardo Ortega González

Conceptos jurídicos básicos

Dr. Fernando Alfaro-Victoria

Médico Anestesiólogo. Centro Médico ABC

1.- INTRODUCCIÓN

Los médicos en general somos reacios a estar informados sobre temas ajenos a nuestro arte, y especialmente cuando se trata de temas jurídicos, a pesar de que el acto médico genera obligaciones jurídicas. A partir del año 1960 se ha incrementado el conflicto médico-legal y los médicos ante nuestra renuencia a estar informados sobre temas legales que afectan nuestro patrimonio y el prestigio profesional nos hemos convertido en víctimas de litigios muchas veces mal fundamentados, cuyo interés predominante es el económico, imitando patrones externos, favoreciendo la «industria del juicio» y facilitando el desarrollo de instituciones privadas para su protección y defensa.

El ejercicio profesional del médico involucra el manejo de valores y el orden jurídico regula cualesquiera de las conductas que se aparten de una práctica profesional que pueda calificarse de imperita, imprudente o negligente, factores a evaluar cuando se tipifica una conducta ilícita.

Hay pues la necesidad de estar bien informados acerca de las cuestiones jurídicas que nos pueden afectar para evitar ser demandados, entender nuestra defensa y en caso necesario revertir acusaciones injustas para proteger la reputación profesional y nuestro patrimonio económico.

Esta breve exposición tiene como objetivo resumir y hacer entendible a los médicos en general, y a los anestesiólogos en particular, los tópicos legales más comunes que afectan a la profesión ya que habitualmente la estructura jurídica es desconocida, lo que origina temor y falta de interés.

2. CULPA

CONCEPTO. Es la categoría delictiva que con mayor frecuencia se actualiza a propósito de la práctica médica.

«Obra culposamente el que produce el resultado típico (daño), que no previó siendo previsible o previó confiando en que no se produciría, en virtud de la VIOLACIÓN DE UN DEBER DE CUIDADO»(1).

Existe conducta culposa, cuando:

a). Se realiza un hecho típico que afecta un bien jurídicamente protegido:

1. La salud (en caso de lesiones) y 2. La vida (homicidio).

El médico al actuar con imprudencia, realizó lo que no debía hacer, o con negligencia, dejó de hacer lo que debió realizar.

La culpa abarca dos formas; la imprudencia, cuando el sujeto con su actuación crea un riesgo o aumenta el riesgo ya existente, y la negligencia, cuando se omiten los actos necesarios para prevenir o neutralizar el riesgo.

Rostros de la culpa(1-11).

1. Impericia.

2. Imprudencia.

3. Negligencia.

4. Precipitación.

5. Inobservancia.

IMPERICIA. Es la falta de pericia, es decir, la sabiduría. Es la carencia de conocimientos técnicos, experiencia y habilidad en el ejercicio de la medicina.

IMPRUDENCIA. Es la falta de prudencia, realizar un acto con ligereza, sin las adecuadas precauciones. Es la conducta contraria a lo que el buen sentido aconseja.

NEGLIGENCIA. Es la omisión al cumplimiento al deber, con conocimiento de causa, teniendo los medios para ello, es descuido y omisión.

PRECIPITACIÓN. Es el actuar apresuradamente, teniendo tiempo para precisar los procedimientos, obteniendo un resultado insatisfactorio.

INOBSERVANCIA. Es la omisión al cumplimiento de los principios éticos y preceptos legales de observancia obligatoria en el ejercicio profesional. (Normas Oficiales Mexicanas).

Causalidad jurídica

Es el proceso en el que existe una asociación de eventos, en donde un suceso sería la causa, y otro el efecto.

Ante la mala práctica médica siempre se debe demostrar la relación de causalidad entre la falta cometida y el perjuicio ocasionado.

Es la relación que existe entre el hecho y el daño. No se puede hablar de conducta culpable en ausencia de situación causa-efecto.

No todo acto médico fracasado implica la existencia de un delito culposo, éste sólo aparece cuando hubo inobservancia del deber de cuidado(1).

El daño es consecuencia inmediata y directa del incumplimiento de una obligación o bien de negligencia, impericia o dolo.

«La acción u omisión culposa del médico debe ser la causa del daño producido.»

Evaluación de la culpa médica

Si se incumple un deber de cuidado, hay que analizar las circunstancias de modo, tiempo y

lugar que mediaron el error.

Modo. Profesional prudente y diligente, considerando complejidad de la cirugía y condiciones del paciente. Instrumental adecuado, materiales de calidad, experiencia del médico.

1. Tiempo. Cirugía programada, urgencia, turno nocturno, días festivos.
2. Lugar. Clasificación del hospital, zona urbana, zona rural. Equipamiento. Es obvio que mejores resultados se obtienen en un hospital de tercer nivel que en la clínica de seguridad social de la Sierra Sur.

3. ILÍCITOS MÁS FRECUENTES EN LA ATENCIÓN MÉDICA(9)

1. Otorgar contratos o cartas de consentimiento en las cuales se libera de responsabilidad.

Por anticipado, aun de naturaleza penal, al prestador de servicios.

2. Suscripción de pagarés e instrumentos cambiarios en blanco a título de «garantía».
3. Realizar actos quirúrgicos sin el otorgamiento de carta de consentimiento bajo información.
4. Retención de pacientes o cadáver para garantizar el pago de servicios.
5. Cláusulas a través de las cuales el establecimiento médico es exonerado de responsabilidad por la atención médica ulterior.

4. RESPONSABILIDAD PROFESIONAL

Introducción

En el campo de la responsabilidad profesional médica, la exposición del médico a problemas médico-legales ha cobrado gran importancia, misma hasta hace algunos años desconocida(5).

Entre las diferentes causas-origen de este problema, sobresalen:

1. Los pacientes están cada vez más al corriente de sus derechos y más deseosos de litigar si consideran que estos derechos han sido vulnerados.
2. Existe un número importante de abogados litigantes que se especializan en buscar acciones en contra de la práctica médica inadecuada (Industria del Juicio).
3. Las personas tienen mayor tendencia a discutir y poner en duda productos o servicios médicos recibidos.
4. Información proporcionada por los comunicólogos, misma que suele carecer de fundamento científico, y cuya tendencia es satanizar al médico.
5. Carencias de infraestructura, equipo y medicamentos, en los servicios médicos asistenciales, especialmente a nivel de los hospitales públicos.
6. Relación médico-paciente: falta de adecuada y oportuna información al paciente y/o a sus familiares.
7. Preparación profesional deficiente.

Definición de responsabilidad médica

Es la obligación que tienen los médicos de reparar y satisfacer las consecuencias de los actos, omisiones y errores voluntarios e involuntarios incluso, dentro de ciertos límites, cometidos en el ejercicio de su profesión. (Dr. Quiroz Cuarón).

Es la obligación que tiene el médico de responder ante la justicia por los actos perjudiciales resultantes de su actividad profesional (Pablo Bonett).

Nuestra Carta Magna señala como garantías individuales de los ciudadanos, por un lado el derecho a la protección de la salud y, por el otro, la libertad de trabajo, es decir, toda persona tiene derecho a dedicarse a la actividad, trabajo u oficio que le agrade siempre y cuando sea lícito y, tratándose de profesiones, para su ejercicio se requiere de

título y cédula profesional expedido por las autoridades educativas competentes.

Toda persona tendrá derecho a la protección de la salud. El acto médico ha de revestir idoneidad científica, técnica y ética, y los medios empleados han de ser justificados clínicamente en términos de razonable seguridad; por ende, no podrá exponerse al paciente a riesgos innecesarios.

En base a ello la medicina está regulada por leyes y códigos que la rigen y contemplan su desempeño;

1. Código Civil y Código Penal.
2. Código Civil Federal.
3. Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos.
4. Jurisprudencia 96/1 de la Suprema Corte de Justicia de la Nación.
5. Ley Federal del Trabajo.
6. Ley General de Salud.
7. Normas Oficiales Mexicanas.
8. Ley General del Seguro Social.
9. Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado.

En la práctica de la medicina, se puede incurrir en los siguientes tipos de responsabilidad:

- a) Penal.
- b) Civil.
- c) Administrativa.

Analizaremos brevemente cada tipo de responsabilidad, recordando que la responsabilidad penal es la más socorrida.

Responsabilidad penal(7)

Corresponde exclusivamente a los tribunales penales del Distrito Federal declarar la responsabilidad o la irresponsabilidad de las personas acusadas ante ellos y aplicar las

sanciones que señalen las leyes.

La investigación de un delito se inicia con la averiguación previa ante el Ministerio Público quien realizará las investigaciones necesarias para comprobar los elementos de tipo penal y la presunta responsabilidad del sujeto. El Ministerio Público, al concluir sus investigaciones, tiene dos opciones: primera, ejercer la acción penal y consignar el expediente ante un juez penal por haberse acreditado la presunta responsabilidad; segunda: el no ejercicio de la acción penal por falta de elementos para acreditar el tipo penal y la presunta responsabilidad.

Las fases del procedimiento judicial penal

1. El ofendido, su representante legal o cualquier persona podrá acudir ante el ministerio público, a presentar la denuncia por la presunta mala atención de que fue objeto el paciente, teniendo éste la obligación de levantar un acta en que se haga constar el dicho del denunciante, para posteriormente iniciar la Averiguación Previa, en la que se determinará la probable responsabilidad del inculpado, para lo cual SOLICITARÁ a la Institución, Hospital o al médico remita EL EXPEDIENTE CLÍNICO de la atención proporcionada al paciente, de este elemento técnico, se podrá realizar el ejercicio o el no ejercicio de la acción penal.

2. Para ejercer la acción penal el Ministerio Público, solicitará al juez penal en turno se emita la orden de aprensión en contra del médico al que se le impute el hecho delictivo.

3. Una vez que el profesionista es puesto a disposición del juzgador, se le tomará la declaración preparatoria y de considerarlo pertinente el juez otorgará el beneficio de la libertad provisional del inculpado, mediante el otorgamiento de una fianza o caución.

4. Auto de formal prisión. El juzgador contará con un término constitucional de 72 horas para determinar la libertad por falta de elementos para procesar o la sujeción a

proceso o de formal prisión del inculpado, abriendo el período de ofrecimiento de pruebas por un término de 10 días hábiles.

5. Ofrecimiento y desahogo de pruebas: La ley reconoce como medios de prueba en materia penal los siguientes:

- a. La confesional.
- b. Los documentos públicos y privados. (EXPEDIENTE CLÍNICO).
- c. Los dictámenes de peritos.
- d. La inspección ministerial y la judicial.
- e. La declaración de testigos. Testigo es una persona física que puede dar datos sobre algo que percibió y de lo cual guarda recuerdo. (Médicos, enfermeras, personal auxiliar, como camilleros, personal de intendencia, personal de mantenimiento, personal administrativo).

6. Cierre de instrucción. Se entiende por instrucción la etapa donde se llevarán a cabo actos encaminados a la comprobación de los elementos del delito y al conocimiento de la responsabilidad o inocencia del supuesto sujeto activo o procesado.

7. Sentencia. Puede ser absolutoria o condenatoria.

8. Recursos. En contra de la sentencia definitiva se podrá interponer el recurso de apelación dentro de los cinco días posteriores a aquel en que surtió efectos la notificación de la misma.

La sentencia de primera instancia que emite el juez penal es irrevocable y, por tanto, causa ejecutoria cuando se haya consentido expresamente o cuando expire el término para interponer el recurso de apelación sin que éste se haya interpuesto.

5. PERITOS

El perito es un auxiliar de la administración de justicia que es llamado para emitir sus dictámenes sobre determinadas cuestiones

relacionadas con la ciencia, el arte o práctica de la que es experto, con el fin de asesorar al juzgador.

En un proceso puede haber hasta dos peritos en una misma especialidad por cada parte.

Si durante el proceso los peritos de cada parte no logran ponerse de acuerdo, el juez solicitará una junta para que dialoguen sobre las diferencias, si después de ella no logran concordar, el juez solicita a un perito tercero en discordia(8-10).

Dictamen pericial

Es la opinión fundada del o de los peritos, es decir, es el juicio emitido por personas que cuentan con una preparación especializada en alguna ciencia, con el objeto de esclarecer alguno o algunos de los hechos materia de la controversia(8,9).

Los peritos deben tomar en consideración para emitir su dictamen, las circunstancias siguientes:

- Si el personal procedió correctamente dentro de los principios científicos y técnicas aplicables al caso.
- Si el personal ponderó adecuadamente los aspectos éticos y si valoró el factor riesgo – beneficio.
- Si se trató de atención electiva o de urgencia.
- Si existían obligaciones de medios, resultados y de seguridad atribuibles al personal.
- Si el personal dispuso de los instrumentos, materiales y recursos que debieron emplearse, atendiendo a las circunstancias del caso y el medio en que se prestó el servicio.
- Si en el curso de la atención se tomaron todas las medidas indicadas para obtener buen éxito.
- Si se dedicó el tiempo necesario para

desempeñar el servicio.

- Las obligaciones propias del establecimiento médico.
- Cualquier otra circunstancia que en el caso especial pudiera haber influido en la deficiencia o fracaso del servicio prestado.

Delitos

Los prestadores de servicios médicos podrían ser sujetos al procedimiento judicial PENAL en queja por atención médica por los siguientes delitos(1-8):

- Delitos contra la salud.
- Revelación del secreto profesional.
- Falsificación de documentos.
- Lesiones. Al que cause a otro un daño o alteración en su salud.
- Homicidio. Al que prive de la vida a otro, se le impondrá de ocho a veinte años de prisión.
- Aborto.
- Abandono de persona. Dejar a una persona enferma si se tiene la obligación de cuidarla. Ejemplo: dejar el quirófano antes de concluir la cirugía, administrar dos anestесias por el mismo anestesiólogo, abandonar el quirófano para tratar asuntos personales.
- Usurpación de profesión. No contar con cédula de especialista.
- Abandono, negación y práctica indebida del servicio médico.
- Suministro de medicinas nocivas e inapropiadas. Al médico o ENFERMERA que suministre un medicamento evidentemente inapropiado en perjuicio de la salud del paciente.
- Delitos especiales comprendidos en la Ley General de Salud.

En los ordenamientos penales se establecen como SANCIONES por la comisión de estos delitos: 1. privación de la libertad, 2. multa, 3.

suspensión del ejercicio profesional y 4. inhabilitación para ejercer la profesión(11).

Responsabilidad civil

Cualquier persona podrá acudir a los tribunales cuando considere que se le ha causado daños y perjuicios en su patrimonio por el incumplimiento de una obligación. En la vía civil, se llevará a efecto un juicio ordinario civil, cuyo procedimiento se encuentra previsto en el código de referencia. En dicho procedimiento existen dos partes: actor (el que demanda) y demandado (persona a la que se le requieren ciertas prestaciones).

La controversia se inicia con la demanda que presenta el actor, narrando los hechos de manera cronológica, invocando los preceptos legales en que se funda y los puntos petitorios que pretende. Posteriormente, se notifica la demanda a la persona contra la que se interpone. El demandado deberá contestar en un término que no exceda de nueve días, todos y cada uno de los puntos de la demanda, afirmándolos, o negándolos. De lo contrario, se le considerará confeso de los hechos que le imputan.

Acto seguido, el juez señalará la fecha para la celebración de la audiencia de conciliación, donde se invitará a las partes a solucionar su controversia en términos amigables. Si se accede a la conciliación se elabora un convenio entre las partes, en la cual se hacen concesiones recíprocas, se aprueba por el juez y se concluye el negocio. En caso contrario, se procede a la etapa de ofrecimiento, desahogo de pruebas y alegatos, donde cada parte aportará los elementos probatorios que fundamenten su dicho.

Finalmente, el juez valora los elementos probatorios por las partes en términos del código de la materia y emite la sentencia(11).

Responsabilidad administrativa(6)

Es el procedimiento al que deberán sujetarse las quejas y denuncias que se presenten en contra de los servidores públicos.

El servidor público es aquella persona que desempeña cualquier empleo, cargo o comisión, dentro de la administración pública federal o de las diferentes entidades federativas. Es la persona que trabaja para el Estado. Su responsabilidad está regulada por la Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos.

Las quejas se plantean ante la Controlaría Interna de la Federación, hoy conocida como órgano de control interno, dependiente de la Secretaría de la Controlaría y Desarrollo Administrativo, encontrándose en las diferentes unidades administrativas del gobierno federal, con la finalidad de vigilar el actuar de los servidores públicos.

Las sanciones por falta administrativa son:

1. Apercibimiento privado o público.
2. Amonestación privada o pública.
3. Suspensión.
4. Destitución del puesto.
5. Sanción económica.
6. Inhabilitación temporal para desempeñar empleos, cargos o comisiones en el servicio público.

La mejor conducta para evitar ser partícipes en mala práctica, es conocer las obligaciones del médico.

6. OBLIGACIONES DEL PERSONAL DE SALUD(8)

1. Obligaciones de medios: son de la mayor importancia, siempre son exigibles al personal de salud. Se refieren a la correcta aplicación de las medidas de sostén terapéutico, su falta de adopción será tenida como hecho ilícito.

El incumplimiento de las obligaciones de medios, frecuentemente es atribuible al personal directivo y administrativo de los establecimientos, y al establecimiento mismo.

2. Obligaciones de seguridad: caracterizadas como el deber de evitar siniestros. Se refieren al uso correcto y al mantenimiento de aparatos y equipos, a fin de evitar accidentes. Son atribuibles al personal médico y al personal administrativo y de mantenimiento, así como al establecimiento mismo.

3. Obligaciones de resultados: infrecuentes pues difícilmente se puede obligar al personal de salud a obtener un resultado en su atención. Existen casos en los cuales se exige un resultado: a) reportes de laboratorio o gabinete, b) insumos para la salud que deberán suministrarse sin adulteración o contaminación o caducos, c) fabricación de prótesis, ortesis y d) cirugía de resultados: únicamente la de naturaleza estética cuando el médico hubiere asumido expresamente el resultado.

7. DEMANDAS. ASPECTOS TÉCNICOS PREVENTIVOS

1. Adecuada relación médico-paciente.
2. Obtener el consentimiento válidamente informado. Explicar riesgos y beneficios, conductas alternativas.
3. Identificarse con el paciente y la familia.
4. Evitar consultas por teléfono, radio, carta e internet.
5. Ser claro, no confundir al paciente en cuanto a su diagnóstico y pronóstico y no mentirle.
6. Solicitar los medios de apoyo necesarios: interconsultas, exámenes de laboratorio, rayos X, hematología.
7. Probar el equipo que se podrá utilizar y fármacos a utilizar.
8. Cumpla con los estándares de cuidado

(técnica quirúrgica indicada, control de material quirúrgico, cuenta de gases y compresas, verificar el sitio quirúrgico, etc.).

9. Sólo actuar cuando se tiene la capacidad reconocida para hacerlo.

10. Recurrir a otro compañero cuando el caso esté fuera de su capacidad o competencia.

11. Atender a todo paciente en caso de urgencia y nunca abandonarlo.

12. Llene el expediente clínico de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana del expediente clínico(14). Observar sus lineamientos ya que es obligatorio apegarse a lo que dispone y cumplir con los requisitos y documentos que menciona.

Ante la demanda, ¿qué podemos hacer?

1. Controlar nuestro estado de ánimo. Evitar el coraje.
2. Recordar que el medio ambiente nos es desconocido y hostil.
3. Conocer perfectamente el expediente clínico. No podemos opinar y defendernos sin fundamento.
4. Estudiar el caso clínico motivo de la demanda. Prepararnos investigando la literatura médica y solicitar la opinión de colegas con más experiencia acerca del tema motivo del conflicto.
5. Es un error intentar persuadir al abogado demandante o al juzgador.
6. Respuestas lo más cortas y concisas posibles. Usar términos simples, no médicos. No se trata de lucirse o impartir una cátedra de temas médicos.
7. No inventar los hechos o aturdirse. En caso de duda ante la o las preguntas, decir no recuerdo. Narrar los hechos en forma consistente y ligada, no referir historias conflictivas o interpretar los hechos.
8. El juez puede conocer realmente los

hechos médicos y conocer el expediente. Evite mencionar probabilidades. No opine.

9. Los abogados demandantes tienen como objetivo hacer sentir al médico como un criminal y provocar su enojo.

10. Leer nuestra declaración y corregirla si hay errores. Recordarla perfectamente.

11. El demandante tiene que demostrar la violación de los estándares de cuidado y que esto fue causa del daño. (Carga de la prueba).

12. El médico tiene que justificar que cumplió con la *lex artis* y con la normatividad exigible (relación médico-paciente, consentimiento informado, expediente clínico).

13. Preparar respuestas a la demanda.

14. Solicitar ayuda de abogados con conocimientos en derecho sanitario. Es prudente contar con un seguro de responsabilidad profesional.

15. Solicitar la colaboración de nuestros colegas con mayor experiencia y conocimientos acerca del tema motivo del conflicto. La coordinación ideal en la defensa, es un abogado competente y el conocimiento médico científicamente fundamentado.

16. Vestir en forma conservadora. Dar imagen de profesionalismo.

17. Evitar ser hostil y evasivo.

18. Contestar las preguntas, no proporcionar información adicional. Si hay silencio, aguarde, pues la tendencia es a explayarnos y así cometer errores.

19. Emita respuestas con fundamento científico relacionados con el caso.

8. EXPEDIENTE CLÍNICO

El uso del expediente clínico se encuentra regulado por la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA 1-1998, del Expediente Clínico, es de observancia general en el

territorio nacional, sus disposiciones son obligatorias para los prestadores de servicios de atención médica y de los sectores público, social y privado.

Definición

Es el conjunto de documentos escritos gráficos e imagenológicos o de cualquier otra índole en los cuales el personal de salud, deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con arreglo a las disposiciones sanitarias(14).

Es un instrumento jurídico, su ausencia o el contenido de registros deficientes pueden presumir NEGLIGENCIA, en la atención médica proporcionada. Es la prueba más importante para establecer o descartar responsabilidad profesional. Se le considera como *Regina Probantissima*. (Reyna de las pruebas).

Desde el punto de vista médico legal utiliza la información del paciente como instrumento de apoyo cuando es requerido por la autoridad judicial, para llevar a cabo acciones relacionadas con el usuario, el personal y la unidad de salud.

El expediente clínico es un componente primordial en la elaboración de opiniones técnicas y prueba contundente en los dictámenes que solicitan las instancias de procuración de justicia.

Usos

1. Médico.
2. Jurídico.
3. Docencia e investigación.
4. Evaluación. Calidad de la atención médica.
5. Administrativo. Auditoría médica.
6. Estadístico.

Características

1. Es de uso obligatorio.
2. Irremplazable.
3. Confidencial.
4. Contiene información veraz.
5. Inteligible.
6. Es la mejor arma protectora ante un juicio y el mejor método condenatorio.
7. Documento legal por antonomasia.
8. Su redacción debe ser clara, sin borrones o alteraciones, con un orden cronológico.
9. No anotar notas tardías. «No maquillarlo».
10. Evitar registros modificados, cambios de texto, no emplear abreviaciones no establecidas, innovadas para tratar de confundir.
11. Recordar que el expediente clínico lo revisa el perito en la materia motivo del conflicto.

El registro anestésico

Es la principal fuente de prueba en un juicio por responsabilidad legal del anestesiólogo.

1. Establece como un hecho la observancia a los estándares de cuidado y de las normas éticas vigentes.
2. Es indicador directo del cumplimiento de los cuidados brindados al paciente bajo atención anestésica.
3. Fuente principal, objetiva y creíble, de los hechos ocurridos durante el manejo anestésico, por lo cual tiene extraordinario valor como documento jurídico.
4. El juzgador manifiesta conclusiones basadas en los datos que aparecen en la ficha. Lo que no se anotó, no ocurrió.
5. No basta que el anestesiólogo diga que fue diligente, «tiene que probarlo».

6. Es el testimonio que describe de manera secuencial todos los eventos del cuidado anestésico brindados al paciente.

7. La falta del registro o su modificación son fuente de presunción de ocultamiento de hechos y de omisión de datos sobre la evolución del paciente.

8. No deben existir tachaduras ni borrones o agregados retrospectivos que hagan ilegible el texto escrito.

9. Describir hechos, no opiniones. Evite los «editoriales».

10. El registro anestésico es una prueba de diligencia, prudencia y pericia del anestesiólogo ante un evento adverso.

Actitud del grupo quirúrgico ante eventos adversos(12)

La mayoría de los médicos tenemos la convicción equivocada, por cierto, de ser inmunes a los errores en nuestra práctica profesional.

Evento adverso

DEFINICIÓN. Es el daño o lesión causado por el tratamiento médico que prolongó la hospitalización o la atención médica y que generó incapacidad temporal o permanente.

Error médico

Es la conducta clínica incorrecta en la práctica médica, como consecuencia de la decisión de aplicar un criterio equivocado.

¿Por qué el médico evita manifestar sus errores?(12)

1. Por temor al litigio (litigofobia).
2. Aversión por revelar y descubrir el error (lengua cautelosa).
3. Afectación del prestigio, pérdida de licencia y privilegios, repercusión negativa en el ámbito profesional.
4. Sentirse incomodo, torpe e incapaz para

hablar sobre los resultados adversos y comunicar malas noticias.

5. Estamos educados para resolver y tratar enfermedades. No recibimos educación y orientación de cómo hacer frente a los eventos adversos.

9. ACTITUD DE LOS PACIENTES ANTE LOS ERRORES MÉDICOS(12)

a) La excusa o justificación y la comunicación PREVIENEN la posibilidad del litigio. Dos tercios de demandas se originan por aislarse y no aceptar la responsabilidad.

b) El no recibir explicaciones y la ira de ser ignorados son los motivos principales de la acción legal contra el médico.

c) El paciente y los familiares desean conversar y recibir excusas y justificaciones y amplia información sobre los hechos y sus consecuencias.

d) Prefieren recibir información básica del médico y no tener que plantear numerosas preguntas.

e) Resistencia a financiar el error.

f) La forma como el médico maneje el problema influye en el estado emocional del paciente y familiares (exigen honestidad, excusas y compasión).

g) El paciente demanda cuando se siente engañado, el médico deserta o se esconde y no establece comunicación, o bien, proporciona información errónea que aumenta su angustia.

10. ACTITUD DEL MÉDICO ANTE EVENTOS ADVERSOS

El médico piensa en forma equivocada que la sinceridad se puede usar en su contra en los juzgados. Los abogados no ganan las litis, cuando ante un evento adverso, el médico ayuda al paciente, es cordial y toma su responsabilidad, ya que está cimentando la mejor defensa ante la demanda(12).

1. La decisión más importante para litigar es la deficiente comunicación entre el paciente y el médico. El litigio viene cuando no hay excusas o ausencia de solidaridad del médico, con falta de información.

2. Lo importante es reconocer la disposición y la información necesaria de ambas partes para participar en la discusión.

3. La conversación con el paciente o familiares puede ocurrir en un período de tiempo cuando la información es disponible y bien fundamentada.

4. La revelación y la justificación médica no aumentan la responsabilidad potencial. Por el contrario, la revelación y las excusas hechas en forma insensible basadas en especulaciones pueden resultar en el deterioro o destrucción de la verdad y perjudicar la relación médico-paciente o familiares.

5. Inicialmente sólo mencione los hechos conocidos del incidente: que ocurrió, no cómo o por qué usted cree que sucedió (NO ESPECULAR).

6. El médico tratante y el equipo participante deben conducir la comunicación inicial. Lo prudente es elegir un líder, que habitualmente es el médico a cargo del paciente.

7. Documente todos los hechos en el expediente clínico. Con la memoria fresca, analice las circunstancias que causaron el daño.

8. Interconsulte con especialistas que ayuden al cuidado y recuperación del paciente (cardiólogo, neurólogo, intensivista).

9. Establecer comunicación y coordinación entre todo el grupo quirúrgico para prepararse a dialogar con el paciente y/familia.

10. No aislarse. Implicarse en el caso, establecer comunicación con los médicos

que intervienen en el cuidado del paciente.

11. Las preguntas y conversaciones hechas a tiempo y de manera abierta ayudan a disminuir los riesgos por responsabilidad profesional.

12. El paciente debe entender cuando el daño es secundario a falta de cuidado y cuando es originado por un riesgo inherente que no está bajo control del médico.

13. No dejar su destino como demandado exclusivamente en manos de sus abogados, el médico debe intervenir participando en forma inteligente y activa en la evolución del proceso legal.

14. El médico tiene derecho a disponer de los medios legales a su alcance para la defensa de su prestigio profesional y, en su caso, recibir asistencia legal por parte de la institución donde labora. De igual manera, tiene derecho a que la información sobre el curso de una controversia con su paciente se maneje con privacidad y, en su caso, a demandar el resarcimiento de los daños ocasionados cuando considere que se ha agravado su prestigio profesional por parte del paciente, sus familiares, representantes legales o terceros pagadores.

La salvaguardia de su prestigio profesional demanda de los medios de comunicación respeto al principio de legalidad y a la garantía de audiencia, de tal forma que no presuman la comisión de ilícitos hasta en tanto no se resuelva legalmente cualquier controversia por la atención médica brindada.

11. INFORMACIÓN LEGAL

Es importante conocer la legislación, ya que es habitual el abuso que cometen las Instituciones al obligar a los médicos a realizar actividades sin el equipo, instalaciones y medicamentos idóneos. Conocer las leyes ayuda a los «prestadores de salud» a defendernos contra las actitudes de las Instituciones. El médico es

responsable de su propia competencia, pero no es su responsabilidad la falta de insumos para realizar sus deberes ni las deficiencias de organización de los servicios(11).

Código Civil

Art 2104. El que estuviere obligado a prestar un servicio y dejare de prestarlo o no lo prestare conforme a lo convenido, será responsable de daños y perjuicios.

Art 1913. Cuando una persona hace uso de mecanismos, instrumentos, aparatos o sustancias peligrosas por sí mismos, por la velocidad que desarrollen, por su naturaleza explosiva e inflamable, por la energía de la corriente eléctrica que conduzcan o por otras causas análogas, está obligado a responder del daño que cause, aunque no obre ilícitamente, a no ser que demuestre que ese daño se produjo por culpa o negligencia inexcusable de la víctima. Ejemplo: quemaduras por empleo del cauterio, aparatos de anestesia, ventiladores, monitores, bombas de infusión.

Art 2615. El que preste servicios profesionales sólo es responsable, hacia las personas a quienes sirve, por negligencia, impericia o dolo (mala práctica), sin perjuicio de las penas que merezca en caso de delito.

Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.(2)

Art 9. La atención médica deberá llevarse a efecto de conformidad con los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica.

Art 87. Los servicios de urgencias de cualquier hospital deberán contar con los recursos suficientes e idóneos de acuerdo con las Normas Técnicas que emita la Secretaría; asimismo, dicho servicio deberá funcionar las 24 horas del día durante todo el año, contando para ello en forma permanente con médico de guardia responsable del

mismo.

Art 95. Los hospitales deberán contar con una dotación de medicamentos para su operatividad, las 24 horas del día durante todo el año.

Art 21. En los establecimientos donde se proporcionen servicios de atención médica, deberá contarse, de acuerdo con las Normas Técnicas correspondientes, con personal suficiente e idóneo.

Art 26. Los establecimientos que presten servicios de atención médica, contarán para ello con los recursos físicos, tecnológicos y humanos que señalen este reglamento y las Normas Técnicas que al efecto emita la Secretaría.

Art 48. Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idóneas y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.

Ley de Profesiones

Art 33. El profesionista está obligado a poner todos sus conocimientos científicos y recursos técnicos al servicio de su cliente, así como al desempeño del trabajo convenido.

En caso de urgencia inaplazable, los servicios que se requieren al profesionista se prestarán en cualquier hora y en el sitio que sean requeridos, siempre que este último no exceda de 25 kilómetros de distancia del domicilio del profesionista.

Art 35. Si el laudo arbitral o la resolución judicial, fueren adversos al profesionista, no tendrá derecho a cobrar honorarios y deberá, además, indemnizar al cliente por los daños y perjuicios que sufre. En caso contrario, el cliente pagará los honorarios correspondientes, los gastos del juicio o procedimiento convencional y los daños que en su prestigio profesional hubiere causado al profesionista.

Ley Federal del Trabajo

Art 132. Obligaciones del patrón. III. Proporcionar a los trabajadores los útiles, instrumentos y materiales necesarios para la ejecución del trabajo, debiendo darlos de buena calidad y en buen estado.

Contrato Colectivo de Trabajo IMSS

CLÁUSULA 65. Es un derecho del médico recibir del establecimiento donde preste sus servicios: personal idóneo, así como equipo, instrumentos e insumos necesarios, de acuerdo con el servicio a otorgar.

CLÁUSULA 70. El Instituto se obliga a suministrar oportunamente equipo adecuado, útiles, instrumentos de trabajo, material y herramientas que sean necesarios para el desempeño de las labores y para su protección, seguridad y comodidad, todos ellos de buena calidad.

Contrato Colectivo de Trabajo. ISSSTE

Art 26. Los trabajadores del Instituto tienen derecho:

XII. Recibir oportunamente, para el desempeño de sus funciones, los útiles, instrumentos, materiales, uniformes y en general todo aquello que requieran de acuerdo con sus actividades.

12. DERECHOS GENERALES DE LOS MÉDICOS

1. Laborar en instalaciones apropiadas y seguras que garanticen su práctica profesional.
2. Tener a su disposición los recursos que requiere su práctica profesional.
3. Abstenerse de garantizar resultados en la atención médica.
4. Tener acceso a educación médica continua.
5. Tener acceso a actividades de investigación y docencia en el campo de su profesión.

6. Recibir remuneración por los servicios prestados(13).

13. DERECHOS GENERALES DE LOS PACIENTES

1. Recibir atención médica adecuada.

2. Recibir trato digno y respetuoso.

3. Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz.

4. Decidir libremente sobre su atención.

5. Otorgar o no su consentimiento válidamente informado.

6. Ser tratado con confidencialidad.

7. Contar con facilidades para obtener una segunda opinión.

8. Recibir atención médica en caso de urgencia.

9. Contar con un expediente clínico.

10. Ser atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida(13).

REFERENCIAS

1. García RS. La responsabilidad penal del médico. 1ª. ed. México, Porrúa. 2001:205-224.

2. Ley General de Salud, agenda de salud, compendio de leyes, reglamentos y otras disposiciones conexas sobre la materia; Décima tercera edición; México, Ediciones Fiscales ISEF, 2010.

3. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, México, Porrúa, 2005.

4. Código de Procedimientos Civiles para el Distrito Federal, Porrúa, México, 2007.

5. Alfaro VF. Responsabilidad Médico-Legal del Anestesiólogo. Rev. Mex. Anest. 2003;26: Supl. 1.

6. Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos. Sista, 2001.

7. Código Penal para el Distrito Federal.

8. Carrillo FLMR. La responsabilidad profesional del médico en México. México Porrúa, 2005:39-61.

9. Casa-Madrid MO. La atención médica y el derecho sanitario. 2a ed. México, Alfi I, 2005:63-64.

10. Alfaro VF. Peritos y peritajes. En Ayala SS. Fundamentos éticos y médico-legales en el ejercicio de la anestesiología. 1a ed. Alfi I, México, 2009:349-359.

11. Valle GA, Fernández-Varela MH. Arbitraje médico. Fundamentos teóricos y análisis de 30 casos representativos. 1ª ed. Trillas México. 2005:43-46.

12. When Things go Wrong. Responding to Adverse Events. A Consensus Statement of the Harvard Hospitals. March 2006.

13. <http://www.conamed.gob>

14. Diario Oficial de la Federación, Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998. Del expediente clínico.

Prevención de daño neurológico del recién nacido durante el trabajo de parto

Dra. Ma. Del Carmen Flores Callejas, Dra. Ma. Concepción Téllez Mora

Dr. Jorge O. Flores Esteva, Dr. Emilio Sánchez Tenorio

Departamento de Arbitraje y Dictámenes de CODAMEVER

CASO CLÍNICO 1.

Antecedentes.

Primigesta que acudió por percibir contracciones uterinas. Exploración física: TA 110/70 mm Hg, fondo uterino 33 cm, producto en presentación cefálica, la frecuencia cardíaca fetal 145 por minuto, cuello uterino dilatación 1 cm, borramiento 50%, amnios integro, pelvis adecuada. Se realizó ultrasonido que reportó 38 semanas, líquido amniótico con índice de 15 cm, placenta grado III, se diagnosticó embarazo de 39 semanas en trabajo de parto y se indicó revaloración.

Segunda valoración 13 horas después, cuello uterino 3 cm de dilatación, 70% de borramiento por lo que se indicó regresara mas tarde.

Tercera valoración 19 horas después de la primera valoración, la gestante tenía dilatación cervical de 4 cm, 50% de borramiento, se indicó revaloración.

Cuarta valoración obstétrica 26 horas después de la primera, la dilatación cervical de 5 cm., borramiento 80%, amnios integro por lo que se ingresó a tococirugía para conducción de trabajo de parto, se indicó solución glucosada 5% 500 cc más 5 U de oxitocina, pasar 4 mU por minuto.

Dos horas y media después de su ingreso en tococirugía con dilatación de 6 cm, se realizó amniorrexia con líquido amniótico meconial +++. El registro cardiotocográfico mostró desaceleración prolongada y bradicardia sostenida por lo que se realizó cesárea de

urgencia, obteniendo producto masculino, peso de 3500kg., líquido amniótico con meconio +++, circular de cordón apretada a cuello.

La valoración pediátrica refirió producto atónico, sin esfuerzo respiratorio, cianótico y sin frecuencia cardíaca. Se realizó aspiración por laringoscopia obteniendo 3 a 4 ml de líquido meconial, se realizó compresión cardíaca, al permanecer en asistolia se aplicó adrenalina endotraqueal en dos ocasiones, a los 10 minutos se obtuvo frecuencia cardíaca de 60 a 70 latidos por minuto por lo cual se continuó con ventilación con presión positiva por cánula endotraqueal. Se colocó onfalocclisis, se administró 1mg. de adrenalina IV a los 20 minutos y se obtuvo frecuencia cardíaca de 160 por minuto. La calificación de Apgar fue de 0-0-2 por lo que se diagnosticó síndrome de aspiración de meconio, asfixia perinatal. Requirió de fase III de ventilación. Gasometría de cordón umbilical con ph 7.0, que indicaba acidosis metabólica severa.

En las primeras horas de vida el recién nacido presentó crisis convulsivas en dos ocasiones. La radiografía de tórax mostró imagen de infiltrados finos bilaterales diseminados. El electroencefalograma apoyó el diagnóstico de encefalopatía grado IV.

Estuvo hospitalizado durante 5 meses, siendo egresado por mejoría con secuelas de encefalopatía hipóxico-isquémica grado IV, consistente en retraso en el desarrollo psicomotor severo.

Análisis.

Es importante enfatizar que toda gestante en trabajo de parto se debe realizar el partograma a partir de la fase activa del trabajo de parto, tal y como lo señala el Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-007-SSA2-2010, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido.

El partograma es una herramienta fundamental para detectar oportunamente alteraciones de la evolución del trabajo de parto, en el caso, no se realizó el partograma a partir de la fase activa, de tal manera que no se percataron que entre la tercera valoración y la cuarta, la dilatación del cérvix avanzó 1 cm en 7 horas, es decir, la fase activa del trabajo de parto se prolongó. Al respecto la OMS refiere que el trabajo de parto se ha prolongado cuando la dilatación cervical es menor a 1 cm/hora por un mínimo de 4 horas, rebasando la línea de acción del partograma emitido por el CLAP, OPS/OMS. Apegándose a ese criterio, en ese momento ya existía un dato crítico contundente y era posible establecer el diagnóstico de fase activa prolongada por lo que en opinión de esta Comisión era razonable la interrupción del embarazo por vía abdominal. El no identificar esta alteración en el progreso del trabajo de parto derivó en que continuara el progreso insuficiente del trabajo de parto con el riesgo potencial de asfixia perinatal.

Otro aspecto importante a considerar es que cuando se decide realizar conducción del parto se debe documentar mediante un análisis razonado que justifique la administración de oxitocina. En el presente caso existía el antecedente de circular de cordón, situación que si bien en muchos casos no es indicación de realizar cesárea, al asociarse a una fase activa prolongada, obligaba a investigar si la circular de cordón era la causa de la prolongación de la fase activa en cuyo caso la administración de

oxitocina habría estado contraindicada. No hay evidencia de que se haya analizado la indicación y posibles contraindicaciones de la aplicación de oxitocina a esta paciente, análisis que se recomienda en la página 15 de la Guía de Práctica Clínica. Inducción del trabajo de parto en el segundo nivel de atención.

Otra falla fue que en el registro cardiotocográfico no se identificó oportunamente taquicardia fetal, variabilidad disminuida y una desaceleración que traducía compromiso fetal, retrasando la decisión de interrumpir el embarazo hasta que la monitorización presentó bradicardia grave y asistolia.

De haber identificado oportunamente las alteraciones cardiotocográficas que hacían sugestiva la existencia de hipoxia fetal, y en ese momento se hubiese decidido la interrupción del embarazo, se habrían ganado algunos minutos con posibilidad de que la asfixia perinatal hubiese sido menor. El retraso en decidir la cirugía fue un factor más que contribuyó a la asfixia perinatal severa.

CASO CLÍNICO 2.

Antecedentes.

Primigesta que acudió por presentar contracciones uterinas a un hospital de 2do nivel, en tres ocasiones la regresaron por no presentar dilatación cervical, en la 4ta valoración se ingresó a tococirugía por presentar aumento de la presión arterial de 130/90 mm Hg, la FCF 138 por minuto, actividad uterina regular, dilatación cervical 2 cm, membranas íntegras, pelvis útil, edema ++. Se diagnosticó embarazo de 40 semanas, pródromos de trabajo de parto, enfermedad hipertensiva aguda del embarazo Vs. preeclampsia por enfermedad hipertensiva; se indicó inducto-conducción del trabajo de parto con solución glucosada 5% 1000 ml, pasar 300 ml en carga rápida,

resto 700 ml + 4 U de oxitocina a 10 gotas por minuto, hidralazina 50mg. y alfametildopa 500mg. cada 8 horas. El perfil de preeclampsia resultó negativo y las cifras de presión arterial se normalizaron.

Análisis.

La paciente permaneció 36 horas bajo conducción con oxitocina sin evidencia en el partograma que permitiera considerar una vigilancia adecuada del trabajo de parto. La dilatación del cérvix se estacionó cuando tenía 5 cm, permaneció 7 horas con la misma dilatación. En el siguiente turno se realizó amniorrexia cuando tenía 8cm. de dilatación detectando líquido amniótico con meconio, sin embargo, continuó la conducción del trabajo de parto. En el siguiente turno durante el periodo expulsivo, el descenso de la presentación fue difícil requiriendo maniobras de Kristeller y aplicación de fórceps para el nacimiento.

Se obtuvo recién nacido flácido, sin esfuerzo respiratorio, presentó asfixia severa con Apgar 0/4, el líquido amniótico fue meconial espeso. Se diagnosticó encefalopatía hipóxico-isquémica y síndrome de West.

La razón de presentar los casos que anteceden, a pesar de su similitud, está motivada por hacer evidente las consecuencias de no actuar conforme a lo establecido por la Norma Oficial Mexicana así como la Guía de Práctica Clínica aplicable a la atención del parto cuyo fin es precisamente proporcionar una mejor atención médica al identificar y corregir desviaciones en la dinámica normal del trabajo de parto.

El desafortunado desenlace de ambos casos, así como la importante erogación económica del sistema de salud generada por la permanencia de ambos recién nacidos tanto en terapia intensiva como en neonatos, eran evitables con el apego a las normativas aplicables. Es importante enfatizar que si se hubiera cumplido con lo siguiente:

- 1) Elaboración del partograma desde la fase activa del trabajo de parto como lo establece la Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-007-SSA2-2010, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido, era factible identificar alteraciones del progreso del trabajo de parto en forma oportuna.
- 2) Requisitos mínimos sobre la vigilancia en conducción del trabajo de parto que recomienda la Guía de Práctica Clínica.
- 3) Interpretación oportuna y adecuada del registro cardiotocográfico, era posible prevenir el daño neurológico de los recién nacidos ocurrido durante el proceso de trabajo de parto.

Bibliografía.

1. Berland M. Iniciación artificial del trabajo de parto. Enciclopedia Medico-Quirúrgica-5049-D-28. Elsevier. Paris Francia. Obstétrica. 1997, p. 12.
2. Cunningham F, Leveno K, et al. Dystocia. Abnormal Labor. Williams Obstetrics. Twenty-second edition, 2005, pp. 499, 500.
3. Friedman E. Progreso insuficiente del trabajo de parto. Atención del embarazo de alto riesgo de John T Queenan. Editorial Manual Moderno, 1985, pp. 435-444.
4. Guía de Práctica Clínica. Inducción del trabajo de parto en el segundo nivel de atención; México: Secretaría de Salud; 2009, p. 21.
5. Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico, Tratamiento y Pronóstico de la Encefalopatía Hipóxico-Isquémica en el Recién Nacido, México: Secretaría de Salud, 2010, pp. 10-11.
6. Inducción y conducción del parto. Manual de Normas y Procedimientos en

- Obstetricia. Hospital de Alta Especialidad de Ginecología y Obstetricia IMSS: "Luis Castelazo Ayala" 2005, México, pp. 393-395.
7. Instructivo para el diligenciamiento de la historia clínica del parto "Partograma" del CLAP. OPS/OMS. Boletín Información para la acción-Bia-Medellín, febrero de 2005
 8. Karchmer KS, Fernández del Castillo SC. Inducción del trabajo de parto. Obstetricia y Medicina Perinatal. Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia AC. 2006 México DF. Página 262-263.

23 y 24 de enero de 2014
Veracruz, Ver.

La Secretaría de Salud y los Servicios de Salud de Veracruz a través de la Unidad de Transparencia, impartió a los servidores públicos de la CODAMEVER, curso-taller referente a la Ley 848 de Transparencia y Acceso a la Información y Ley 581 para la Tutela de los Datos Personales en el Estado de Veracruz, con el objetivo de contar con las herramientas jurídicas para clasificar la información con que cuenta la Comisión.

Asimismo, garantizar a los gobernados su derecho a la protección de sus datos personales y los mecanismos para hacerlo valer.

El curso-taller constó de dos etapas, una teórica y otra práctica, en esta última, los capacitadores plantearon casos prácticos (simulando ser personas que solicitaban información pública, reservada o confidencial) que los servidores públicos de esta institución atendieron, dando respuesta a tales planteamiento, conforme a las leyes materia del curso.

De esta forma, la CODAMEVER se compromete a garantizar el cumplimiento del derecho humano constitucional de acceso a la información, en el ámbito de su competencia.



14 de febrero de 2014
Orizaba, Ver.

La Delegación Regional Veracruz Sur del Instituto Mexicano del Seguro Social llevó a cabo su Congreso Anual de Estomatología, evento que fue inaugurado por el Comisionado Estatal de Arbitraje Médico, doctor Emilio Stadelmann López, quien agradeció la oportunidad que le brindó de participar y la confianza que han depositado no solo los médicos sino los usuarios de los servicios de salud, en la institución a su cargo, comprometiéndose a seguir velando por la mejora en la calidad de la atención médica en nuestra entidad.

Durante el evento se brindó un espacio al licenciado Juan Carlos Utrera García, Subcomisionado Jurídico, así como al doctor Jorge Octavio Flores Esteva junto con el licenciado Ricardo Ortega González, servidores públicos de CODAMEVER, asignados al Departamento de Arbitraje y Dictámenes, quienes compartieron temas de interés médico-jurídico con los profesionistas que asistieron. Cabe mencionar que no solo se abordó el quehacer de la Comisión, sus etapas procesales y alcance de sus resoluciones, sino que se expusieron casos clínicos relacionados con la estomatología, hecho que despertó aún más el interés del público y que motivó su interacción con los ponentes.

La participación de la CODAMEVER finalizó con una serie de recomendaciones para la prevención del conflicto médico y, principalmente, que el cumplimiento de éstas, permitirá brindar a los pacientes una atención médica de calidad.



28 de febrero de 2014
Boca del Río, Ver.

Como parte de la constante capacitación que se imparte al personal de salud del Hospital Regional Isabel Carrión de Boca del Río, Veracruz, los licenciados Juan Carlos Utrera García y Ricardo Ortega González, servidores públicos de esta Comisión, participaron en la sesión matutina de los viernes en ese nosocomio, con el tema “Procedimientos jurídicos de la CODAMEVER ante controversias médico-legales.”

En la reunión se contó con la presencia del doctor Luis Fernando Antiga Tinoco, director del hospital, quien exhortó a su equipo de médicos familiares, especialistas, así como al personal de enfermería y de laboratorio que asistieron a la reunión, a cumplir con las obligaciones de medios y de seguridad que tienen para con sus pacientes, y al mismo tiempo reconoció la labor que desempeña la CODAMEVER, invitándola a compartir la experiencia médica adquirida en el análisis de los casos que conoce, de manera tal que el personal de salud identifique factores de riesgo en su ejercicio profesional e implemente acciones tendientes a la prevención o atención de éstos, con el objetivo de brindar a los veracruzanos una atención médica apegada a los principios científicos y éticos que exige la medicina actual en nuestro país.

18 de marzo de 2014
Veracruz, Ver.

En la Sala de Cabildo del H. Ayuntamiento de Veracruz, se llevó a cabo la reunión anual de evaluación del Convenio de Colaboración Interinstitucional celebrado entre la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, la CODAMEVER, las Delegaciones Norte y Sur del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), la Unidad Médica de Alta Especialidad número 14 (UMAE) del IMSS y la Delegación Estatal del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio del Estado.

El convenio suscrito dos mil seis (IMSS-ISSSTE) y dos mil nueve (UMAE) entre las instituciones antes citadas, ha permitido que los derechohabientes de dichas instituciones al presentar una inconformidad médica, puedan hacerlo ante la CODAMEVER sin tener que acudir hasta la ciudad de México para presentarla ante la CONAMED, como se hacía previo a la suscripción de dicho instrumento jurídico.

En esta ocasión, se evaluó el motivo de las inconformidades interpuestas por los derechohabientes institucionales, las especialidades médicas o áreas administrativas inmersas, así como la solución que se dio a las mismas.

También, se identificaron las causas que han dado origen a dichas inconformidades y se plantearon recomendaciones específicas para la prevención del conflicto médico, que en ocasiones, tiene su origen en una deficiente comunicación entre el personal de salud y los pacientes.

En la reunión de trabajo se contó con la presencia del doctor Arturo Navarrete Escobar, Subsecretario de Salud en la Entidad; doctor Jorge Alfonso Pérez Castro y Vázquez, Subcomisionado Médico de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico; doctor Jon Gurutz Rementería Sempé, Delegado Regional de Veracruz Sur del IMSS; licenciado Antonio Benítez Lucho, Delegado Regional Veracruz Norte del IMSS; doctor Emilio Stadelmann López, Comisionado Estatal de Arbitraje Médico, así como con la presencia de los jefes de departamentos del Área de Atención y Orientación al Derecho-habiente de los institutos referidos y servidores públicos de la CODAMEVER.



La clausura estuvo a cargo del señor Subsecretario de Salud del Estado, quien reconoció el esfuerzo que pro de los veracruzanos, desempeñan las instituciones inmersas en la atención médica y los exhortó a continuar autoevaluándose de manera objetiva, con la finalidad de prevenir el conflicto médico, citando que los lazos de comunicación entre el personal de salud y los pacientes, son la base para la mejora de los servicios de salud en el Estado.



13 de mayo de 2014
Veracruz, Ver.

Como parte de su formación académica los alumnos de 6° semestre de la Licenciatura en Derecho de la Universidad Cristóbal Colón, recibieron la visita de representantes de la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Veracruz, licenciados Juan Carlos Utrera García (Subcomisionado Jurídico) y Ricardo Ortega González (Árbitro Jurídico), en un evento organizado por el Dr. Luis Alberto García Peña, catedrático de la asignatura “Medios Alternos de Solución de Conflictos” en esa casa de estudios.

Durante su ponencia, el Lic. Ricardo explicaba que la CODAMEVER es un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud con autonomía técnica para emitir opiniones, acuerdos y laudos; contando con convenios con instituciones públicas como el ISSSTE e IMSS. Asimismo, la Comisión tiene como funciones principales la orientación, asesoría y queja en temas relacionados por problemas médicos derivados de una atención médica. En este sentido, en una primera etapa, se busca la conciliación entre las partes en conflicto mediante la celebración de un convenio que permita dirimir la controversia de manera amigable.

De igual forma, el Lic. Ortega les comentaba que en caso de que las partes decidan utilizar el arbitraje como medio alternativo de solución de diferencias, éste se desarrolla igual que un juicio donde se reciben pruebas, se desahogan, se presentan alegatos dictando con posterioridad el laudo correspondiente, mismo que sólo podría impugnarse vía amparo indirecto.

Finalmente, el Lic. Ricardo invitó a los estudiantes de Derecho a que formen parte de la CODAMEVER participando en la realización de prácticas y servicio social.





¿QUIERES LEVANTAR UNA QUEJA?

Requisitos para presentar una Inconformidad

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 compomisorio, 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.

COMISIÓN DE ARBITRAJE MÉDICO DEL ESTADO DE VERACRUZ

