

Análisis de Controversias en Arbitraje Médico

Analysis of Disputes in Medical Arbitration

María del Carmen Dubón-Peniche,¹ María Eugenia Romero-Vilchis¹

RESUMEN

Introducción: Existen diversos tipos de incumplimiento en las obligaciones de medios de diagnóstico y tratamiento, que pueden ser resueltos mediante arbitraje. Este estudio busca identificar las fuentes de responsabilidad y los eventos adversos que se presentan en los casos de arbitraje médico.

Material y métodos: El diseño del estudio fue retrospectivo, transversal y descriptivo; se analizó una muestra de 160 casos arbitrales, correspondientes al período enero 2005 a diciembre 2009, concernientes a controversias de las distintas especialidades médicas, en servicios públicos, sociales y privados.

Resultados: Los casos analizados correspondieron a Ortopedia y Traumatología, Ginecología y Obstetricia, Cirugía General, Neurología, Oftalmología, Urología y Odontología; en ellos se identificaron 106 mujeres (66%) y 54 hombres (34%). La atención fue proporcionada mayormente por servicios públicos 85 (53.3%), seguidos por servicios privados 74 (46.1%) y servicio social 1 (0.6%). En 72 casos (45%), la atención fue apegada a los principios científicos y éticos que orientan el ejercicio médico; en los 88 restantes (55%) existió mala práctica, 80 casos por negligencia y 8 por negligencia e impericia.

Conclusiones: En un contexto de modernidad y globalización, el médico tiene el reto de prestar servicios con la más alta calidad. Así, el ejercicio profesional de la medicina con-

lleva también la gran responsabilidad de actuar conforme a los fines establecidos por la ley, las guías de atención aportadas por la ciencia médica y las Normas Oficiales Mexicanas, procurando los deberes éticos que la profesión impone.

Palabras clave: Controversias médicas, mala práctica, negligencia, inexperiencia, arbitraje médico.

ABSTRACT

Introduction: There are several kinds of breaches in diagnosis and treatment obligations which can be solved through arbitration. This study seeks to identify the sources of responsibility and the adverse events in medical arbitration cases.

Material and methods: The design of the study was retrospective, transversal and descriptive; a sample of 160 arbitration cases corresponding to the period of January 2005 to December 2009, of diverse medical specialty disputes, in public, social and private services, were analyzed.

Results: The cases analyzed corresponded to the areas of Orthopedics and Traumatology, Gynecology and Obstetrics, General Surgery, Neurology, Ophthalmology, Urology and Dentistry; among which 106 were women (66%) and 54 were men (34%). The medical care was provided predominantly by public services (86%), followed up by private services (46%). In 72 cases (45%), the medical care respected

¹ Directora de la Sala Arbitral, Dirección General de Arbitraje de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED).

² Directora Jurídica de la Sala Arbitral, Dirección General de Arbitraje de la Comisión Nacional de Arbitraje médico (CONAMED).

Folio: 184/12 Artículo recibido: 02-07-2012 Artículo reenviado: 30-08-2012 Artículo aceptado: 07-09-2012

Correspondencia: Dra. María del Carmen Dubón Peniche, Directora de la Sala Arbitral de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED). Mitla 250, Esq. Eje 5 Sur (Eugenia), Col. Vértiz Narvarte, Del. Benito Juárez, C. P. 03020, México D. F. Correo electrónico: revista@conamed.gob.mx.

the scientific and ethical principles that guide medical practices; in the remaining 88 cases (55%) there was malpractice, 80 because of negligence and 8 because of negligence and incompetence.

Conclusions: In a modern and globalized context, the doctor has to adopt the challenge to provide the highest quality services. In this way, the professional exercise of

medical practices involves a great responsibility of acting according to what is stipulated by the law, the attention guides provided by medical science and the Mexican Official Regulations, respecting the ethical duties that the profession carries.

Keywords: Medical controversies, malpractice, negligence, inexperience, medical arbitration.

INTRODUCCIÓN

La salud es una condición indispensable para el logro de los objetivos planteados en las políticas sociales, las cuales son diseñadas para alcanzar las metas nacionales de crecimiento económico y bienestar, incluidos el desarrollo social y de la salud.

El gobierno por su alta capacidad administrativa, tiene el deber de resolver problemas trascendentales para la sociedad, como son empleo, vivienda, seguridad y por supuesto los relacionados con la salud. Para solucionar e incluso prevenir los inconvenientes, es necesaria la eficiente implementación de políticas públicas, así como un aparato administrativo apropiado para dar satisfacción a los ciudadanos en el cumplimiento a sus demandas.¹

En el caso de la salud, es importante analizar el papel que desempeñan las políticas, así como el sistema y los servicios, en responder a las necesidades en la materia, atemperar los riesgos y proteger a la población contra daños, enfermedades y discapacidades. En efecto, el propósito de los servicios de atención médica, es beneficiar a los pacientes, de tal forma que los procesos, tecnologías e interacciones humanas que conforman las organizaciones de salud aportan beneficios importantes, sin embargo, también existe la posibilidad de que ocurran eventos adversos. La realización tardía de procedimientos, desajustes organizacionales y administrativos, así como la propia actuación del personal de salud, pueden desviar los objetivos de calidad y seguridad en la atención médica.²

Siendo necesario que la población mexicana contara con mecanismos que, sin perjuicio de la actuación de las instancias jurisdiccionales en la solución de conflictos, contribuyeran a tutelar el derecho a la protección de la salud, así como a mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud, fue creada la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), medio alternativo que sin suplantar a las autoridades de procuración e impartición de justicia, resuelve los conflictos mediante un procedimiento voluntario, gratuito, imparcial, confidencial y especializado, a fin de evaluar correctamente cada caso, empleando una metodología de análisis, ajustada a las disposiciones legales aplicables a la materia, lo cual ofrece a las partes en conflicto, mayores ventajas frente a un

procedimiento judicial.³

La valoración en arbitraje, que puede identificarse como el análisis de un caso, debe abarcar los aspectos médico-legales controvertidos, debiendo apegarse a las reglas del derecho, a los puntos probados por las partes en conflicto, así como al cumplimiento de los principios científicos y éticos de la práctica médica.

En ese sentido, esta investigación se orientó al estudio de controversias en la prestación de servicios de atención médica, a fin de identificar los principales tipos de incumplimiento en las obligaciones de diligencia en casos arbitrales, las fuentes de responsabilidad observadas, así como la generación de efectos adversos en el paciente, para determinar elementos susceptibles de modificación y áreas de oportunidad que contribuyan a incrementar la calidad de la atención médica y prevenir conflictos.

MATERIAL Y MÉTODOS

El diseño del estudio fue retrospectivo, transversal y descriptivo; se analizó una muestra de 160 casos arbitrales, obtenida mediante la fórmula de poblaciones finitas, donde la población correspondió a un total de 207 casos resueltos mediante arbitraje de CONAMED, durante el período enero 2005 a diciembre 2009, concernientes a controversias de las distintas especialidades médicas, en servicios públicos, sociales y privados.

La información fue vertida en un instrumento conteniendo 20 ítems, mediante el cual se obtuvo información en relación a la entidad federativa donde se otorgó el servicio, edad y género del paciente, nivel de atención, tipo de servicio, motivo de la inconformidad, prestaciones reclamadas, diagnóstico, cumplimiento de las obligaciones de medios de seguridad y resultados, si existió algún daño su tipo y reparación, así como el cumplimiento de los lineamientos establecidos por la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico.

Para el análisis de los casos, se tomaron en cuenta tres apartados fundamentales: a) resumen, integrado por el expediente clínico y pruebas aportadas por las partes; b) los principios científicos y éticos que orientan

el ejercicio profesional, insertos en la literatura médica y Normas Oficiales Mexicanas y c) la reconstrucción del caso y su valoración en términos de los parámetros médico-legales establecidos por las disposiciones sanitarias.

Para la captura, análisis de la información, así como para la elaboración de tablas y gráficos, se empleó el paquete estadístico SPSS versión 15 y Excel 2007.

RESULTADOS

Los 160 casos analizados correspondieron a Ortopedia y Traumatología, Ginecología y Obstetricia, Cirugía General, Neurología, Oftalmología, Urología y Odontología. En ellos se identificaron 106 mujeres (66 %) y 54 hombres (34 %), el grupo de edad con la proporción más elevada fue el de 25 a 44 años, que distribuyó como la mayor frecuencia, tanto en hombres como en mujeres con 26% y 74% respectivamente; en el grupo etario de 1 a 4 años, no existió caso alguno. (Figura 1)

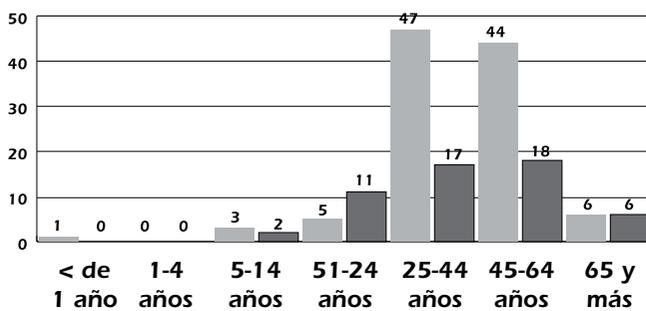


Figura 1. Edad y Género

Los prestadores que brindaron la atención fueron agrupados en servicios públicos, sociales y privados; el servicio público representó el porcentaje más elevado con 85 (53.3%), seguido del servicio privado con 74 (46.1%) y servicio social 1 (0.6%). La atención fue proporcionada mayormente en el segundo nivel de atención (84%) con una frecuencia de 135 casos.

La entidad federativa con mayor número de casos fue el Distrito Federal con 117, que corresponden al 73%, seguido por Chiapas, Guanajuato y San Luis Potosí con 6 casos cada una de ellas (12%); Hidalgo 4, Quintana Roo 4 y Yucatán 4, que corresponde al 8%, Tamaulipas 3 (2%) haciendo un total de 150 casos, el resto (5%) se distribuyó en diez entidades (Aguascalientes, Baja California, Coahuila, Estado de México, Guerrero, Oaxaca, Puebla, Sinaloa, Tabasco y Veracruz), con un caso respectivamente.

El principal motivo de inconformidad fue por incumplimiento de medios de diagnóstico y tratamiento en 71 casos (44%), seguido por incumplimiento de medios de

tratamiento con 28 casos (18%), incumplimiento en el tratamiento de complicaciones 24 (15%), incumplimiento en los medios de diagnóstico 15 (9%), diferimiento de la atención 12 (8%), no detección de complicaciones y falta de tratamiento de las mismas 10 (6%). (Figura 2).

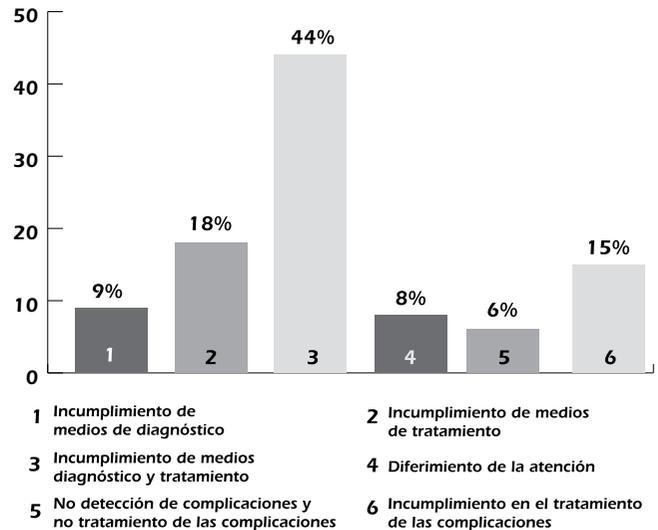


Figura 2. Motivo de Inconformidad.

En cuanto al tipo de atención, la mayor frecuencia se observó en el tratamiento quirúrgico con 88 casos (55%); tratamiento médico en 60 (38%) y los 12 casos restantes (7%) correspondieron a atención odontológica. Las prestaciones reclamadas fueron: reembolso de gastos en 70 casos (44%), indemnización 50 (31%) y ambas 40 (25%).

La distribución por área de especialidad se observa en el Cuadro 1.

En 72 casos que corresponden al 45% de los 160 analizados, la atención fue apegada a los principios científicos y éticos que orientan el ejercicio de la especialidad; en los 88 restantes (55%) existió mala práctica, 80 de ellos por negligencia y 8 por negligencia e impericia. (Figura 3).

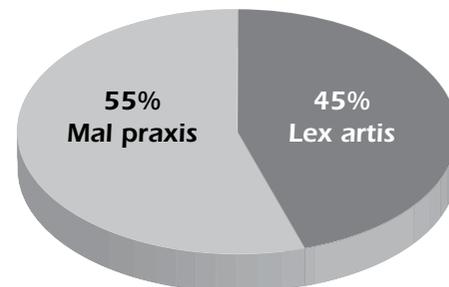


Figura 3. Apego a los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica.

Cuadro 1. Distribución por área de especialidad.

	DIAGNÓSTICO	FRECUENCIA	%
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA	Hernias, discartrosis y otra patología degenerativa en columna lumbar	7	17.5%
	Fracturas de extremidades superiores	6	15.0%
	Fracturas de extremidades inferiores	5	12.5%
	Amputación de falanges total o parcial	4	10.0%
	Meniscopatía o sinovitis de rodilla	3	7.5%
	Condromalacia de rodilla	2	5.0%
	Artrosis región	2	5.0%
	Otros	11	27.5%
	SUBTOTAL	40	100%
GINECO-OBSTETRICIA	Miomatosis	6	16.2%
	Patología cervicovaginal	5	13.6%
	Ruptura prematura de membranas	4	10.8%
	Sufrimiento fetal agudo	3	8.1%
	Amenaza de aborto	3	8.1%
	Enfermedad hipertensiva del embarazo	2	5.4%
	Enfermedad pélvica inflamatoria	2	5.4%
	Deciduo-endometritis y retención de restos planetarios	2	5.4%
	Atonía e hipotomía uterina	2	5.4%
	Restricción del crecimiento fetal intrauterino	2	5.4%
	Otros	5	16.2%
SUBTOTAL	36	100%	
UROLOGÍA	Hiperplasia prostática	3	23.0%
	Litiasis pieloureteral e hidronefrosis	3	30.8%
	Otros	6	46.2%
	SUBTOTAL	12	100%
CIRUGÍA GENERAL	Colecistitis (en diversos estadios)	15	42.9%
	Apendicitis aguda	3	8.6%
	Oclusión intestinal	2	5.7%
	Hernia inguinal	2	5.7%
	Hernia hiatal	2	5.7%
	Apendicitis complicada	2	5.7%
	Enfermedad ácido péptica	2	5.7%
	Lesión de órganos intraabdominales	2	5.7%
	Otros	4	14.3%
	SUBTOTAL	34	100%

	DIAGNÓSTICO	FRECUENCIA	%
ODONTOLOGÍA	Extracción órganos dentarios	4	30.8%
	Colocación de prótesis e implantes	3	30.8%
	Otros	5	38.4%
	SUBTOTAL	12	100%
NEUROLOGÍA	Cefalea vascular	2	15.4%
	Lesiones de columna lumbar	3	23%
	Lesiones de columna cervical	4	30.8%
	Otros	4	30.8%
	SUBTOTAL	13	100%
OFTALMOLOGÍA	Catarata y otras patologías degenerativas de la córnea	6	46.2%
	Degeneración macular	2	15.4%
	Desprendimiento de retina	2	15.4%
	Otros	6	23%
	SUBTOTAL	13	100%

Ahora bien, en los asuntos con mala práctica, los resultados mostraron que en 52 casos (59%) existió incumplimiento de las obligaciones de medios tanto de diagnóstico como de tratamiento; en 15 casos (17%) incumplimiento de los medios de tratamiento; no tratamiento de las complicaciones en 10 casos (11%); incumplimiento en los medios de diagnóstico 5 (6%), diferimiento de la atención 4 (5%), falta de tratamiento de las complicaciones 1 (1%), incumplimiento en las obligaciones de diagnóstico, tratamiento y seguridad 1 (1%). (Figura 4).

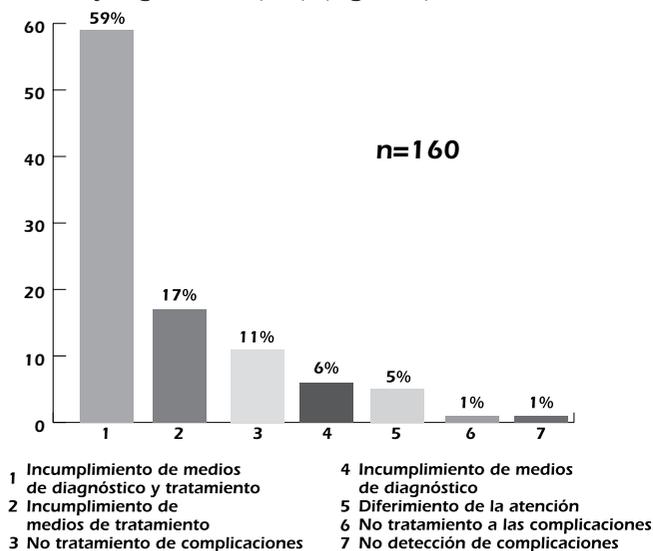


Figura 4. Cumplimiento obligacional.

Cabe mencionar, que en los asuntos con mala práctica, se demostró daño patrimonial en 64 casos (73%), daño físico en 19 (22%) y ambos (daño patrimonial y daño físico) en 4 (5%) y no existió daño en un caso (1%). (Figura 5).

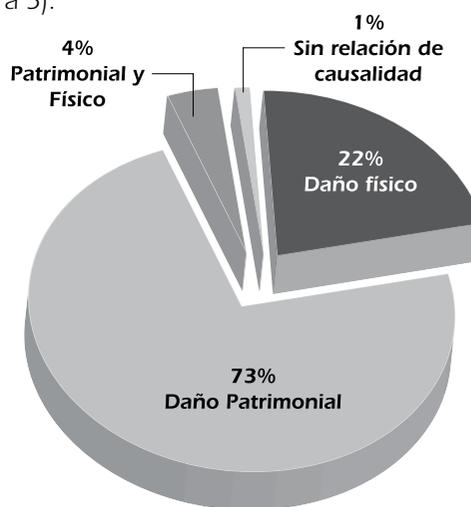


Figura 5. Tipo de daño identificado.

De los 19 casos con daño físico, se determinó incapacidad parcial permanente en 12 de ellos (63%), muerte en 4 (21%), incapacidad total permanente 2 (11%) e incapacidad parcial temporal en un caso (5%).

En relación a la reparación del daño ocasionado, en 52 casos (59%), se determinó reembolso de gastos; en

22 (25%) indemnización; en 13 (15%) reembolso de gastos e indemnización y en el caso restante no existió relación causal, por ello no procedió pago alguno.

De la revisión de los expedientes clínicos conforme a la Norma Oficial Mexicana No.168, se observó que 142 casos (89%) se ajustaron a los lineamientos establecidos por dicho ordenamiento y sólo en 18 (11%), existió incumplimiento. (Figura 6)



Figura 6. Integración del expediente clínico.

DISCUSIÓN

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), reporta que los riesgos en los servicios de salud se han convertido en un problema de salud pública mundial, pues en todos los niveles de atención, los pacientes sufren alguna forma de daño producto de deficiencias que pueden dar lugar a discapacidad grave y hasta la muerte, refiriendo: "Cada año en Estados Unidos, los errores médicos ocasionan la muerte de hasta 98.000 pacientes, cifra superior a la de las muertes por accidentes de tráfico, cáncer de mama o SIDA. En Canadá y Nueva Zelanda, cerca del 10% de los pacientes hospitalizados sufren consecuencias negativas debido a errores médicos, mientras que en Australia, la cifra es de aproximadamente 16.6%. Si bien los datos de los países en desarrollo son escasos, los expertos consideran que la situación es aún peor."⁴

De igual forma, la OPS reporta el estudio efectuado en la Universidad de Harvard, presentado en el programa de la nueva alianza, el cual indica que 70% de los efectos adversos producto de errores en la atención médica, deriva en discapacidades temporarias y 14% de ellos en muerte del paciente. Esto hace evidente, que los fenómenos adversos son un problema que afecta a los países, a las unidades médicas, al personal de salud y por supuesto, a los enfermos.

Se coincidió con lo reportado por Fajardo-Dolci⁵, en

el sentido de que desde la publicación del reporte del Instituto de Medicina de Estados Unidos sobre error humano en 1999, se ha generado una basta literatura sobre la seguridad del paciente, eventos adversos y error médico, sin embargo, las publicaciones específicas sobre las quejas médicas son limitadas y en ocasiones sólo se les menciona indirectamente.

En esta investigación, la fuente consultada permitió efectuar el estudio de controversias resueltas mediante arbitraje; cabe mencionar, que se trata de un juicio de expertos (colegiado, se realiza entre pares) siguiéndose las formalidades esenciales del procedimiento y la resolución emitida (definitiva) se denomina laudo, el cual equivale a una sentencia.

En ese sentido, el análisis a fondo efectuado en cada caso, permitió observar el apego o desapego a lo establecido por la *lex artis* médica, estimándose que ambas situaciones deben emplearse para mejorar la calidad y seguridad en la atención de otros pacientes, pues el reforzamiento de las actuaciones correctas, permite retroalimentar al personal acerca del cumplimiento de las obligaciones de diligencia, por su parte, los incumplimientos son áreas de oportunidad; es decir, indican componentes o procedimientos que deben modificarse y así evitar acciones de mala práctica y efectos adversos.

En el Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente, propuesto por la Organización Mundial de la Salud, efecto adverso se refiere al incidente en la atención sanitaria que produce daño.⁶

En México, el daño físico constituye una alteración que se traduce en mengua o deterioro de la armonía corporal, la cual es indemnizable. Al efecto, el artículo 1915 del Código Civil Federal, en su parte conducente, señala: "Cuando el daño se cause a las personas y produzca la muerte, incapacidad total permanente, parcial permanente, total temporal o parcial temporal, el grado de la reparación se determinará atendiendo a lo dispuesto por la Ley Federal del Trabajo". El patrimonial, consiste en el menoscabo del patrimonio de una persona, como conjunto de valores económicos y que, por lo tanto, es susceptible de apreciación pecuniaria.⁷ Por su parte, el daño moral se refiere a la afcción que una persona sufre en sus sentimientos, afectos, creencias, decoro, honor, reputación, vida privada, configuración y aspectos físicos, o bien en la consideración que de sí misma tienen los demás.⁸

La reparación debe efectuarse conforme al daño sufrido y debe determinarse con el propósito de restablecer la situación original, cuando ello sea posible, o en el pago de daños y perjuicios, según la legislación civil en vigor.

Ahora bien, el principal objetivo de las organizaciones encargadas de la prestación de servicios de atención médica, es brindar a los enfermos la atención que

requieren, dentro de los límites del conocimiento médico actualizado y de los procedimientos benéficos para organizar efectivamente la actividad de su personal, en razón a que su preocupación más importante es preservar la vida y la salud del paciente.

En ese sentido, cada una de las organizaciones de salud, ha conformado su estructura y funcionamiento, para atender desde las enfermedades más comunes, que no requieren alta tecnología y que afectan al mayor número de población (primer nivel); los que deben ser atendidos en unidades de hospitalización, dada su especialización (segundo nivel); hasta aquellos que por sus características propias, requieren personal altamente especializado y la más compleja tecnología (tercer nivel).

Cabe mencionar, que las organizaciones de salud, deben ser entendidas como sistemas, subsistemas e incluso suprasistemas, dependiendo del análisis que se realice, y sin duda, resulta indispensable conocer la conformación del Sistema Nacional de Salud, así como el marco referencial para la prestación de servicios de atención médica, pues éstos juegan un papel importante en el contexto de las controversias médico-paciente.

Es de señalarse, que si bien es cierto que el Sistema Nacional de Salud durante su desarrollo ha logrado avances muy importantes, pues las organizaciones de salud que lo conforman, aunadas al desarrollo económico y social, han dado lugar al mejoramiento del nivel de vida de la población, expresado por la ampliación de la esperanza de vida, disminución de la mortalidad general infantil, control de enfermedades prevenibles por vacunación, así como la existencia de programas de amplia cobertura, también es cierto, que la combinación compleja de procesos, tecnologías e interacciones humanas que constituyen el sistema, conlleva riesgo de que ocurran eventos adversos, lo cual sucede con elevada frecuencia.⁹

En efecto, a fin de contribuir a tutelar el derecho a la protección de la salud, así como a mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud, mediante decreto del Ejecutivo Federal, en 1996 fue creada la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, órgano al cual pueden asistir usuarios y prestadores de servicios de salud para dilucidar sus conflictos mediante un procedimiento voluntario, gratuito, imparcial, confidencial y especializado, que ofrece mayores ventajas frente a un procedimiento judicial.

La institucionalización de los medios alternos para la solución de conflictos, es un elemento toral en el proceso de modernización del Estado Mexicano, y de manera particular, en el campo de la salud, puede decirse que las políticas públicas orientadas a la resolución de controversias mediante el arbitraje médico, han cumplido su cometido, teniendo en cuenta que su objetivo

principal es impulsar el desarrollo y alcanzar mejores niveles de vida para la población en los distintos sectores de la sociedad.

El Dr. Héctor Fernández Varela Mejía, Comisionado Fundador de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico en el Simposio Queja Médica, Mala Práctica y Eventos Adversos refirió: "Así como en 1983 México se adelantó a muchas naciones al consagrar constitucionalmente el derecho a la protección de la salud, 13 años después se adelanta a proponer formas alternativas de solución de conflictos médicos ...".¹⁰

Por otra parte, en lo que a salud se refiere, la bibliografía consultada plantea que la salud debe reconocerse como una categoría individual y social, parte integrante del desarrollo dirigido a la creación de condiciones para el bienestar de todos y como resultado de las estrategias y las acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación que en beneficio de los individuos, los grupos sociales y el conjunto de la sociedad, se desarrollan para mejorar, mantener la integridad y las capacidades de las personas y las poblaciones.^{11, 12}

En ese sentido, la prestación de servicios de atención médica, debe apegarse a lo establecido por la *lex artis*, lo cual encuentra fundamento en el artículo 51 de la Ley General de Salud, el cual establece: "Los usuarios tienen derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares". Así como en el Artículo 9º de su Reglamento en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica: "La atención médica deberá llevarse a efecto de conformidad con los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica". El Artículo 34 de la Ley Reglamentaria del Artículo 5º Constitucional Relativa al Ejercicio de las Profesiones en el Distrito Federal (aplicable supletoriamente en los Estados que no tienen su propia ley), ordenamientos que de manera respectiva establecen:

". . . si el profesionista procedió correctamente dentro de los principios científicos y técnica aplicable al caso y generalmente aceptados dentro de la profesión. Si dispuso de los instrumentos, materiales y recursos de otro orden que debieron emplearse, atendidas las circunstancias del caso y el medio en que se prestó el servicio. Si en el curso del servicio prestado, se tomaron todas las medidas indicadas para obtener éxito. Si se dedicó el tiempo necesario para desempeñar correctamente el servicio. Cualquier otra circunstancia que en el caso especial pudiera haber influido en la deficiencia o fracaso del servicio prestado. . .".

En este contexto, la evaluación de la prestación de servicios de atención médica, debe realizarse atendiendo a la *lex artis*: “conjunto de procedimientos, de técnicas y de reglas generales de la profesión”.¹³ Esto se refiere a la apreciación sobre si la tarea ejecutada por el profesional es o no correcta, si se ajusta o no a lo que debe realizarse; es decir, no es otra cosa que aquellos mandatos o reglas específicas, que deben ser observados dentro de la profesión, así como lo establecido por las Normas Oficiales Mexicanas, tomándose en consideración la clasificación y escalonamiento de los servicios y las condiciones de modo, tiempo y lugar, pues no es equitativo exigir a un prestador del servicio en el primer nivel de atención por sus características y funciones, obligaciones que corresponden a otro nivel.

Luis Martínez Calcerrada, desde el ámbito español define a la *lex artis* como: “El criterio valorativo de la corrección del concreto acto médico ejecutado por el profesional de la medicina que tiene en cuenta las especiales características de su autor, de la profesión, de la complejidad y trascendencia vital del acto y, en su caso, de la influencia de otros factores endógenos – estado e intervención del enfermo, de sus familiares o de la misma organización sanitaria –, para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida”.

Luego entonces, la actividad del médico debe realizarse en cumplimiento de las disposiciones sanitarias, así como de las leyes y reglamentos que emanan del texto constitucional, ya que conforme a estos ordenamientos, se determina la responsabilidad profesional.

Así las cosas, la mala práctica se refiere a todo acto u omisión en la atención médica, que contravenga las disposiciones que la regulan. Se trata del incumplimiento de las obligaciones de diligencia que el médico debe desempeñar en el ejercicio de su profesión. En efecto, la conducta del profesional de la salud que no es acorde a la *lex artis*, da lugar a lo que doctrina norteamericana denomina mal praxis.

En México, el Artículo 2615 del Código Civil Federal, establece como únicas fuentes de responsabilidad a la negligencia, la impericia y el dolo.

La negligencia se refiere a la acción u omisión que deriva en incumplimiento de las obligaciones de medios; la impericia a la falta de conocimientos técnicos que la profesión exige. Por cuanto hace al dolo, se requiere la intención de dañar, por ello es difícil que exista en el campo médico, pues la actuación generalmente está orientada a mejorar el estado de salud del enfermo, preservar la vida, los órganos y su función.

En la prestación de servicios de atención médica, el médico debe asumir las obligaciones de diligencia de su profesión, mismas que fundamentalmente se agrupan

en: a) obligaciones de medios, b) obligaciones de seguridad y c) obligaciones de resultados (cuando así se determina por el prestador del servicio y el paciente). Debe tenerse en cuenta, que su incumplimiento, también puede atribuirse al personal directivo y administrativo de los establecimientos (encargados de suministros, responsables, entre otros), y por su puesto, al establecimiento mismo, en tanto persona moral.

De igual manera debe señalarse, que en dichos servicios, participa diverso tipo de personal, que si bien realiza actividades encaminadas a la protección de salud de los pacientes, su intervención tiene características diferentes, por ello se deben distinguir los actos de atención directa al paciente, como los brindados en servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, aquellos relacionados con el equipo biomecánico utilizado, el abasto de los medios materiales para brindar la atención y los de vigilancia epidemiológica, entre otros.

El análisis de los asuntos en el arbitraje de CONAMED, se orienta a los aspectos médico-legales controvertidos, atendiendo a las reglas del derecho, a los puntos probados por las partes en conflicto, así como al cumplimiento de los principios científicos y éticos de la práctica médica. Para ello es necesario efectuar la reconstrucción completa del caso, para determinar el cumplimiento de las obligaciones de medios conforme a los estándares establecidos en el período en que se brindó la atención, pues no sería correcto para la valoración realizar un análisis a posteriori. La metodología comprende: el planteamiento de la controversia, la evaluación probatoria, la evaluación de la atención brindada, la identificación de efectos adversos y la relación de causalidad, así como, la evaluación de responsabilidad.

Esta metodología de análisis permite revisar con profundidad los aspectos médicos que caracterizan la actuación del profesional, así como los componentes jurídicos en los que está enmarcada. Se deben identificar las condiciones en las que se realizó el acto médico, cada una de las obligaciones de medios, su cumplimiento, los elementos de la historia natural de la enfermedad, interconsultas, referencias a otros niveles de atención, participación de otros profesionales, idiosincrasias, accidentes, complicaciones, su detección y manejo, así como la elección del tratamiento y los medios utilizados para el mismo, entre otros. La valoración de los citados factores, permite determinar si la atención fue en apego a los parámetros establecidos por la literatura de la especialidad, o bien, si se incurrió en mala práctica. De igual forma, debe determinarse si existió algún evento adverso en el paciente y si éste es atribuible o no a mal praxis.

En ese sentido, el análisis de los casos permite obtener información acerca de las causas de las controversias,

identificar áreas de oportunidad para su abatimiento, así como para mejorar la calidad de atención médica.

Conclusiones

En un contexto de modernidad y globalización, el médico tiene el reto de prestar servicios con la más alta calidad. Así, el ejercicio profesional de la medicina conlleva también la gran responsabilidad de actuar conforme a los fines establecidos por la ley, así como a las guías de atención aportados por la ciencia médica y las Normas Oficiales Mexicanas, procurando los deberes éticos que la profesión impone.

La metodología de análisis de casos empleada en el arbitraje de CONAMED, permite revisar con profundidad los aspectos médicos que caracterizan la actuación del profesional de la medicina, así como los componentes jurídicos en los que está enmarcada, pues para la valoración del acto médico, es imprescindible contar con un método sistemático que permita estudiar los casos y resolverlos determinando la existencia o no de mala práctica y si ésta, generó algún efecto adverso al paciente.

Es importante que las instituciones prestadoras de servicios de atención médica, fomenten la participación del personal en el fortalecimiento de los procesos organizacionales, a fin de garantizar la oportunidad en la atención y cumplimiento de los principios científicos y éticos en los servicios que brindan. De igual forma, se debe promover continuamente, el desarrollo de la capacidad profesional del personal médico, teniendo como marco de referencia las controversias derivadas de la prestación de los citados servicios.

Establecer mecanismos de coordinación específicos entre las Instituciones educativas y las Instituciones prestadoras de servicios de atención médica, permitirá mejorar las competencias profesionales y los procesos en los servicios de salud.

El advenimiento de nuevas políticas públicas en salud, ha generado un proceso en constante evolución, que cada vez se hace más notorio debido a su perfeccionamiento. En congruencia con la necesidad de contar con una organización altamente capacitada para la atención de conflictos derivados de la prestación de servicios médicos, se creó la Comisión Nacional de Arbitraje Médico como una institución especializada en la materia, la cual no sólo contribuye a la resolución de conflictos por medio de la conciliación y el arbitraje, sino que además orienta, asesora a las partes, complementa y coadyuva con la labor de las instancias de procuración y administración de justicia, así como con los órganos jurisdiccionales.

De igual manera, la institución contribuye a la solución de problemas de salubridad general, mediante los

pronunciamientos que se dirigen tanto a agrupaciones médicas, academias e instituciones de salud y educativas, así como autoridades sanitarias.

REFERENCIAS

1. Martínez-Herrera E. La gestión del conocimiento en políticas públicas en salud y participación social. *Rev CES Med.* 2007; 21 Supl 1:101-108.
2. Ministerio de Sanidad y Política. Estudio IBEAS Prevalencia de los efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. España; 2009.
3. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Reglamento de procedimientos para la atención de quejas médicas y gestión pericial de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. [acceso 10-05-2012]. Disponible en: <http://www.conamed.gob.mx/conocenos/regproc.php?seccion=78>.
4. Organización Panamericana de la Salud. "Por la Seguridad del Paciente". *Boletín OPS*, 2005. p. 1-2.
5. Fajardo-Dolci GE, Hernández-Torres F, Santacruz-Varela J, Rodríguez-Suárez J, Lamy P et al. Perfil epidemiológico de la mortalidad por influenza humana A(H1N1) en México. *Salud Públ Mex.* 2009; 51: 361-371.
6. World Health Organization. The conceptual framework for the international classification for patient safety. Geneva: WHO; 2007. Available from: http://www.who.int/patient/taxonomy/icps_form/en/index.html.
7. Código civil federal (México). [acceso 10-05-2012]. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/2.pdf>
8. Código civil federal (México). [acceso 10-05-2012]. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/2.pdf>
9. Fundación Mexicana para la Salud. La salud en México: 2006/2012. *Visión de FUNSALUD*. México: FUNSALUD; 2006. p. 21-22.
10. Fernández-Varela H. La importancia de la conciliación y el arbitraje en la solución de controversias por la atención médica. En: *Memorias Simposio queja médica, mala práctica y eventos adversos*. México: CONAMED; 2008. p. 29-44.
11. González-Díaz C. En torno a una definición sobre el derecho de la salud. *Educ Med Sup.* 2005;19(4).
12. Elias-Dib J. Guías de práctica clínica. Una propuesta para mejorar la calidad de la atención en los servicios de salud. *Cir Ciruj* 2009;77:87-88.
13. Acosta-Ramírez V. De la responsabilidad civil médica. Chile: Jurídica de Chile; 1990. p. 380.