

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS AVANZADOS
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS AVANZADOS
COORDINACIÓN DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA LEGAL
DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL



“LAS RECOMENDACIONES AL ISEM, COMO RESULTADO DE QUEJAS POR ERRORES MÉDICOS Y EVENTOS ADVERSOS EN LA PRÁCTICA MÉDICA, SEGÚN LA COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS DEL ESTADO DE MÉXICO, PERIODO DEL 1º DE ENERO DE 2000 AL 31 DE DICIEMBRE DE 2010”

PROCURADURÍA GENERAL DE JUSTICIA DEL ESTADO DE MÉXICO
INSTITUTO DE SERVICIOS PERICIALES

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE POSGRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA LEGAL

PRESENTA

M.C.ARMANDO GONZALEZ TENORIO

DIRECTOR DE TESIS:

E.S.P. JESUS LUIS RUBÍ SALAZAR

REVISORES DE TESIS:

E. en M.L. ALBERTO ROGELIO ORTEGA MADRID
E. en M.L. LINEETT HERNÁNDEZ GAMA
E. en M.L. MARIA DE LA LUZ PIEDRA PICHARDO
DR. EN HUM. ARTURO GARCÍA RILLO

RESUMEN

GONZÁLEZ T. A. RUBI S. J. L., LAS RECOMENDACIONES AL ISEM, COMO RESULTADO DE QUEJAS POR ERRORES MÉDICOS Y EVENTOS ADVERSOS EN LA PRÁCTICA MÉDICA, SEGÚN LA COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS DEL ESTADO DE MÉXICO, PERIODO DEL 1º DE ENERO DE 2000 AL 31 DE DICIEMBRE DE 2010.

Introducción: La importancia en el presente trabajo, fue estudiar la naturaleza de las quejas, el error médico y el evento adverso que dieron origen a las recomendaciones al ISEM, así mismo verificar cual fue la especialidad de la medicina que cuenta con mayores quejas según la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México, con el propósito de detectar las causales y evaluar sus determinantes esenciales.

Objetivo: Identificar la naturaleza de los errores médicos y eventos adversos que dieron origen a las quejas o inconformidades que terminaron en recomendaciones, con motivo de los servicios médicos proporcionados en las unidades médicas de los tres niveles de atención, pertenecientes al Instituto de Salud del Estado de México (ISEM).

Material y métodos: Se analizaron las Recomendaciones, emitidas durante los años 2000 al 2010 cuya distribución fue la siguiente; 3 fueron del año 2000; 4 del año 2001; 2 del año 2002; 2 del año 2003; 5 del año 2004; 1 del año 2005; 4 del año 2006; 4 del año 2007; 3 del año 2008; 8 del año 2009 y 1 del año 2010, haciendo un total de 37. De este total; 36 fueron de la Comisión Estatal de Derechos Humanos y una sola de la Comisión Nacional. Para el análisis se utilizó estadística descriptiva para frecuencias. Se trató de un estudio retrospectivo, descriptivo, cuantitativo y analítico en el que se recabaron los datos relevantes de las 37 Recomendaciones en formularios diseñados para esta investigación.

Resultados: Se revisaron un total de 37 Recomendaciones del año 2000 al 2010, la proporción de quejas relacionadas con los servicios médicos, corresponden a las siguientes especialidades: Ginecología y Obstetricia con 21 Recomendaciones (57%), el área de cirugía con 4 casos (11%), pediatría también con 4 (11%), el servicio de traumatología y ortopedia 1 (3%), oftalmología 1 (3%), consulta externa 1 (3%) y ginecología 1 (2%) y el servicio de anestesiología con 1 caso (2%). Finalmente por la falta de infraestructura y equipamiento de las unidades médicas que conforman el Instituto de Salud fueron 3 recomendaciones (8%).

Conclusión: Se confirmó la hipótesis planteada ya que la especialidad de ginecoobstetricia fue la que más recomendaciones presentó, se observó que la mujer es sometida a una atención automatizada y deshumanizada, carente de acciones que reflejen el sentido humano de la atención. La Comisión de Derechos Humanos encontró en cada una de ellas, alguna situación de impericia, imprudencia, omisión o negligencia y en algunas de ellas hasta dos o tres actos.

Sugerencias: Aplicación de programas tendientes a la mejora de los servicios médicos para la prevención de errores, y que los médicos establezcan una mayor consciencia sobre la delicada tarea que les corresponde realizar, ya que son guías de algo muy valioso como es la salud.

ABSTRACT

GONZÁLEZ T. A. RUBI S. J. L., “REFERENCES TO ISEM, AS RESULT OF COMPLAINT FOR MEDICAL MISTAKES AND ADVERSE EVENTS AND MEDICAL PRACTICE AS HUMAN RIGHTS COMMISSION OF THE STATE OF MEXICO, PERIOD 1 JANUARY 2000 TO 31 DECEMBER 2010.”

Introduction: The importance of this work was to study the nature of the complaints, the medical error and adverse event that led to the recommendations at ISEM, also verify which was the specialty of medicine that has the biggest complaints as Human Rights Commission of the State of Mexico, with a view to identifying the causes and assess their key determinants.

Objective: To identify the nature of medical errors and adverse events that gave rise to complaints or disagreements that ended in recommendations, because of the medical services provided in the medical units of the three levels of care, belonging to the State Health Institute of Mexico (ISEM).

Methods an material: We analyzed the Recommendations, issued during the years 2000 to 2010 the distribution was as follows; 3 were in 2000, 4 in 2001, 2 in 2002, 2 in 2003, 5 in 2004, 1 2005, 4 in 2006, 4 in 2007, 3 in 2008, 8 in 2009 and one in 2010, making a total of 37. Of this total, 36 were from the Human Rights Commission and one of the National Commission. The analysis used descriptive statistics for frequencies. This was a retrospective, descriptive, quantitative and analytical in which relevant data were collected from the 37 Recommendations on forms designed for this research.

Results: We reviewed a total of 37 recommendations from 2000 to 2010, the proportion of complaints related to medical services, are in the following specialties: Gynecology and Obstetrics with 21 recommendations (57%), the surgery area with 4 cases (11%), pediatric well with 4 (11%), the trauma and orthopedics 1 (3%), ophthalmology 1 (3%), outpatient 1 (3%) and gynecology 1 (2%) and service anesthesia with 1 case (2%). Finally, the lack of infrastructure and equipment of the medical units that make up the Institute of Health recommendations were 3 (8%).

Conclusion: We confirmed our hypothesis as the specialty of obstetrics and gynecology was the most recommendations presented, it was noted that women are subjected to an automated attendant and dehumanized, devoid of actions that reflect the human sense of care. The Human Rights Commission found in each of them, a situation of incompetence, negligence, omission or negligence and some of them two or three acts.

Suggestions: Implementation of programs to improve medical services for the prevention of errors, and that physicians establish greater awareness of the delicate task they should perform, as they are very valuable guide as is health.

INTRODUCCION

La práctica de la medicina conlleva el riesgo de provocar daños, incluso en las mejores circunstancias y con los mayores cuidados. La importancia en el presente trabajo, es estudiar la naturaleza de las quejas, el error médico y el evento adverso en los hospitales y centros de salud del Instituto de Salud de Estado de México (ISEM), así mismo verificar cual es la especialidad de la medicina que cuenta con mayores quejas según la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México, con el propósito de detectar las causales y evaluar sus determinantes esenciales; en el entendido, de que no todos los daños producidos por los médicos son consecuencia de errores, los hay también por causas inherentes a los procedimientos diagnósticos y terapéuticos y los hay accidentales; es evidente que el error médico regularmente suele ocurrir en tres circunstancias: por la realización de acciones innecesarias, por la ejecución inadecuada de maniobras útiles y necesarias o por la omisión de intervenciones benéficas.

El tema en estudio es complicado, controvertido y difícil de abordar, porque hay toda una cultura y predisposición al ocultamiento de los errores médicos, el dejarlos al descubierto implica que el profesionista implicado tenga que responder moral, administrativa y en ocasiones legalmente; sin embargo, hoy día, constituye un problema de inquietud internacional y resulta de interés para todos los que ofrecen servicios de salud. La práctica médica no puede concebirse como una actividad técnica en la que el paciente es solo un objeto de trabajo; la idea, es aprender de los errores médicos para que no se repitan.

Es indudable que el médico está comprometido con el paciente y con la población, es por ello que debe estar bien preparado y actualizado, para prevenir los errores médicos, identificar los eventos adversos y tratarlos oportunamente, con una buena práctica clínica, principal proveedor de evidencias para tomar decisiones y elegir el criterio adecuado y así evitar sus consecuencias.

En el ejercicio de la medicina, se comparten un conjunto de obligaciones y derechos tanto para el médico como para el paciente; sin embargo, para el profesionista el incumplimiento puede llevarlo a sufrir sanciones previstas en las leyes y normas que regulan la actuación médica. De acuerdo al resultado del estudio, se intentará difundir dentro del ISEM, algunas recomendaciones, a efecto de que los médicos busquen la mínima exposición posible del paciente a los riesgos conocidos que pudieran ocasionar un evento adverso, estamos conscientes, que cualquier procedimiento de la práctica médica, lleva implícitos riesgos de magnitud variable mismos que siempre deben ser significativamente menores, que el beneficio que se pretende alcanzar con los elementos necesarios para otorgar una atención segura.

Cabe señalar, que todas las Recomendaciones que emite la Comisión de Derechos Humanos, tienen el carácter de públicas; las que se analizaron en el presente trabajo, fueron difundidas cada una para conocimiento de la sociedad, a través de su publicación en diferentes diarios.

AGRADECIMIENTOS

DEDICATORIA

Es mi deseo como sencillo gesto de agradecimiento, dedicarle este humilde trabajo de tesis, en primera instancia; a dios por darme la oportunidad de vivir, por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente en mis horas de trabajo.

A mi madre, que ya no está conmigo pero me ve desde el cielo, quien vive en mis recuerdos y en mi corazón; por darme la vida y creer en mí, por sus consejos y valores que me han permitido ser una persona de bien y por impulsarme y darme una profesión para mi futuro.

A mi esposa Pily por el apoyo incondicional que me ha brinda en las empresas que me propongo realizar con aciertos y errores, haciendo suyos mis preocupaciones y problemas. Gracias por su amor, paciencia y comprensión.

A mis hijas Vane y Lupita, quienes permanentemente me apoyan con espíritu alentador, quienes son mi fuente de inspiración y la razón que me impulsa a salir adelante.

A mi director de tesis, el doctor Jesús Luis Rubí Salazar por su paciencia, apoyo y confianza en mí como persona y en mi trabajo.

A todos aquellos que me han brindado su amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía en los momentos difíciles de mi vida, espero no defraudarlos y contar siempre con su valioso apoyo, sincero e incondicional.

“LAS RECOMENDACIONES AL ISEM, COMO RESULTADO DE QUEJAS POR ERRORES MÉDICOS Y EVENTOS ADVERSOS EN LA PRÁCTICA MÉDICA, SEGÚN LA COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS DEL ESTADO DE MÉXICO, PERIODO DEL 1º DE ENERO DE 2000 AL 31 DE DICIEMBRE DE 2010”

INDICE

I.	ANTECEDENTES	
I.1	ANTECEDENTES DE ERRORES MEDICOS.....	1
	I.1.1 RELACIONADO CON EL PERSONAL MÉDICO.....	2
	I.1.2 DE LOS ERRORES DEL PERSONAL DE ENFERMERIA O TECNICO.....	2
	I.1.3 POR LA ADMINISTRACION DE SERVICIOS.....	2
	I.1.3.1 ERRORES Y EVENTOS ADVERSOS CONOCIDOS Y REGISTRADOS.....	2
	I.1.3.2 CAUSAS DE LOS EVENTOS ADVERSOS.....	3
	I.1.3.3 FALLAS EN LA ESTRUCTURA.....	3
	I.1.3.4 CULTURA DE LA ORGANIZACION.....	3
	I.1.3.5 PROCESO DE LA ATENCION MÉDICA.....	3
	I.1.3.6 COMPETENCIA PROFESIONAL INSUFICIENTE... ..	4
	I.1.3.7 FACTORES INHERENTES AL PACIENTE.....	4
I.2	ANTECEDENTES DE LAS RECOMENDACIONES.....	8
	I.2.1 ATRIBUCIONES DE LA COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS.....	8
	I.2.2 DE LAS RESOLUCIONES DE LA COMISION DE DERECHOS HUMANOS.....	9
	I.2.3 ACEPTACION Y CUMPLIMIENTO DE LAS RECOMENDACIONES.....	9
I.3	ANTECEDENTES DE LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES Y DE LOS MÉDICOS.....	10
	I.3.1 CARTA DE LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES.....	11
	I.3.2 CARTA DE LOS DERECHOS DE LOS MEDICOS.....	12
I.4	CONCEPTOS.....	14
	I.4.1 ATENCION MEDICA.....	14
	I.4.2 BIOETICA.....	14
	I.4.3 CALIDAD.....	14
	I.4.4 CALIDA DE LA ATENCION.....	14
	I.4.5 CALIDEZ.....	14
	I.4.6 CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	14
	I.4.7 CRITERIO.....	15
	I.4.8 CRITERIO MEDICO.....	15
	I.4.9 DEONTOLOGIA MÉDICA.....	15
	I.4.10 ETICA MÉDICA.....	15
	I.4.11 ERRAR.....	15
	I.4.12 ERROR.....	15
	I.4.13 ERROR MEDICO.....	15
	I.4.14 EVIDENCIA.....	16
	I.4.15 EVENTO ADVERSO.....	16
	I.4.16 EVENTO CENTINELA.....	16
	I.4.17 EXPEDIENTE CLINICO.....	16
	I.4.18 IATROGENIA.....	16
	I.4.19 MEDICINA DEFENSIVA.....	16

I.4.20	PACIENTE.....	16
I.4.21	RIESGOS.....	16
I.4.22	SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA.....	16
I.4.23	URGENCIA	17
I.4.24	USUARIO	17
I.5	MARCO JURIDICO.....	17
I.6	ANTECEDENTES DE LOS DERECHOS HUMANOS.....	18
I.6.1	A NIVEL MUNDIAL.....	18
I.6.2	EN NUESTRO PAIS.....	18
I.6.3	A NIVEL NACIONAL.....	20
I.6.4	EN EL ESTADO DE MEXICO.....	22
II.	JUSTIFICACIONES	24
III.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	26
IV.	HIPOTESIS.....	29
V.	OBJETIVOS.....	30
V.1	OBJETIVO GENERAL.....	30
V.2	OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	30
VI.	MATERIAL Y METODOS.....	31
VI.1	DISEÑO DE ESTUDIO.....	31
VI.2	UNIVERSO DE TRABAJO.....	31
VI.2.1	CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	31
VI.2.2	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	31
VI.2.3	CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.....	32
VI.3	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	32
VI.4	INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN.....	35
VI.5	DESARROLLO DEL PROYECTO.....	35
VI.6	LIMITE DE ESPACIO.....	35
VI.7	LIMITE DE TIEMPO.....	35
VI.8	DISEÑO DE ANALISIS.....	35
VII.	IMPLICACIONES ETICAS.....	36
VIII.	ORGANIZACIÓN.....	37
IX.	FINANCIAMIENTO.....	38
X.	RESULTADOS.....	39
XI.	INTERPRETACION Y ANALISIS.....	52
XII.	CONCLUSIONES.....	54
XIII.	SUGERENCIAS.....	56
XIII.1	SUGERENCIAS EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA.....	56
XIII.2	SUGERENCIAS EN GENERAL.....	59
XIV.	BIBLIOGRAFIA.....	64
XV.	ANEXOS.....	66

I. ANTECEDENTES

I.1 ANTECEDENTES DE ERRORES MÉDICOS

El problema del error médico no es nuevo, sus antecedentes se remontan a Babilonia, en el reinado de Hamurabi con el código de leyes se regulaba el trabajo médico y se castigaba severamente los malos resultados de su tratamiento u operación, según el nivel social del enfermo; así mismo habla sobre remuneraciones y castigos de la cirugía en las diferentes clases sociales. El código ya establecía que “El médico que produce la muerte de alguien libre, en el tratamiento, o quien deja ciego a un ciudadano libre, se le amputaran las manos; si quien muere es un esclavo, pagará el médico su precio; si lo deja ciego, pagara la mitad de su precio”.

Entre egipcios, había una tradición de castigar al médico cuando este se apartaba del cumplimiento de las normas, y aunque el paciente se salvase, estaba el médico sujeto a penas diversas, inclusive la muerte. Entre los griegos había también un tratamiento riguroso del supuesto error médico.

En la edad media, la reina Astrogilda exigió del rey, su marido, que fuesen enterrados con ella los dos médicos que la trataban, a los cuales atribuía un tratamiento no exitoso.

Invariablemente se puede decir que los conflictos entre los usuarios y los prestadores de servicios de salud, siempre han existido. Los orígenes de los conflictos son múltiples, desde problemas de comunicación hasta resultados adversos o efectos desafortunados del acto médico.

Actualmente el error médico y los eventos adversos siguen siendo uno de los temas de discusión en nuestro país, sobre todo porque estos hablan de calidad de la atención médica y por el aumento de las demandas y quejas que los pacientes presentan en contra de los médicos ante las autoridades judiciales y no judiciales. “Hoy se puede descubrir los errores de ayer y mañana obtener tal vez nueva luz sobre aquello que se piensa tener certeza”, este pensamiento refleja la preocupación de evitar el error y aprender con su ocurrencia.

Una de las instituciones que se ha interesado en el tema del error médico es la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (**CONAMED**) quien ha venido emitiendo recomendaciones en las diferentes especialidades de la medicina con el fin de mejorar la práctica médica; es por ello que se considerarán algunos aspectos relevantes expuestos en el décimo simposio que la citada institución organizó en el 2005, denominado “El error médico y la seguridad del paciente”.

En el presente trabajo se reiteran algunos puntos sobresalientes relacionados con el tema que se expusieron en el citado simposio, los cuales se consideraron importantes y merecen ser tomados en cuenta.

Algunos antecedentes de eventos adversos y errores inexcusables relacionados con daño al paciente son:

I.1.1- Relacionados con el personal médico:

- a) Sufrimiento fetal con daño cerebral por falta de seguimiento del trabajo de Parto. Las razones desde la omisión hasta la falta de personal.
- b) Intervención quirúrgica en pierna izquierda cuando requería la cirugía en la pierna derecha, sin mayor secuela que la incisión innecesaria.
- c) Infarto al miocardio y la muerte por evaluación clínica incompleta que impidió el diagnóstico oportuno.
- d) Estado de coma por administración inadecuada de un anestésico. Evolución indeseable por la utilización de una técnica quirúrgica inapropiada.

I.1.2.-De los errores del personal de enfermería o técnico:

- a) Amputación de dedos por técnica inadecuada para retirar tela adhesiva en RN con venoclisis.
- b) Presencia de lesión cerebral por caída de pacientes de la camilla.
- c) Infección abdominal postquirúrgica debido a olvido de gases por equivocación en la cuenta de éstas.
- d) Cirugía de cerebro del lado equivocado por rotulación cambiada de la señalización en la tomografía.

I.1.3.-Por la administración de servicios:

- a) Complicaciones de pacientes por falta de insumos o equipo en el hospital o centro de salud.
- b) Pacientes que han sufrido lesión cerebral por no percatarse de paro cardiorespiratorio durante el procedimiento quirúrgico, ausencia de anestesiólogo en el quirófano y falta de monitorización adecuada.
- c) Falta de atención por retraso en su traslado u otro nivel de atención.
- d) Falta de diagnóstico y tratamiento por diferimiento de citas por saturación del servicio.
- e) Infecciones hospitalarias por inobservancia de normatividad.

A continuación se refieren algunos de los eventos adversos que la CONAMED a través del doctor Héctor G. Aguirre Gas, en el décimo simposio dio a conocer:

I. 1.3.1 Errores y eventos adversos conocidos y registrados.

- Muerte materna o fetal
- Reacciones transfusionales.
- Transfusión de grupo sanguíneo equivocado.
- Infecciones intrahospitalarias.
- Reacciones adversas graves a medicamentos.
- Cirugía en paciente, región, lado del cuerpo u órgano equivocado.
- Complicaciones quirúrgicas graves.
- Retención de instrumental pos cirugía.
- Suicidios potenciales evitables.
- Errores en la prescripción y administración de medicamentos.
- Retraso en el tratamiento.
- Sujeción o reclusión inadecuadas.
- Caída de pacientes.

- Accidentes anestésicos.
- Egreso de infante con familia equivocada.
- Robo de infante.

I.1.3.2 Causas de los eventos adversos:

En atención a sus causas los eventos adversos pueden ser: prevenibles y evitables, o bien inevitables; cuando sus causas no son conocidas, no pueden ser modificadas y puede estar relacionadas o no con un error.

Aunque cualquier acto médico, potencialmente puede ser causante de daño, la situación más propicia para que un paciente lo pueda sufrir agregado a la enfermedad con que cursa, es durante su hospitalización, desde la posibilidad de una infección hospitalaria, una complicación o algún otro un evento adverso de diferentes tipos.

I.1.3.3. Dentro de las fallas en la estructura se encuentran:

- Deficiencia en el entorno: factores ambientales
- Diseño arquitectónico inadecuado
- Diseño de servicios inseguros
- Equipo insuficiente
- Fallas en el equipo
- Mantenimiento insuficiente de la unidad médica
- Mala calidad de los medicamentos o material de curación
- Personal insuficiente
- Capacitación deficiente del personal

Como fallas en el proceso se pueden citar:

1.1.3.4. Cultura de la organización:

- Diseño organizacional inadecuado
- Deficiencias en los sistemas
- Procesos no estandarizados
- Carencia de sistemas de alarma
- Deficiencia en la coordinación del personal
- Deficiencia en la comunicación entre el personal
- Deficiente comunicación con la familia
- Deficiente comunicación con el paciente
- Falta de supervisión
- Vigilancia no profesional o insuficiente
- Presencia de personal extraño

1.1.3.5. Proceso de la atención médica

- Identificación deficiente del paciente

- Relación médico-paciente deficiente.
- Registros deficientes en el expediente clínico
- Disponibilidad de información insuficiente
- Riesgos del procedimiento
- Medidas de seguridad insuficientes
- Protección insuficiente en traslados

1.1.3.6. Competencia profesional insuficiente

- Carencia de guías clínicas
- Razonamiento clínico inadecuado
- Criterios clínicos inadecuados
- Desatender la medicina basada en evidencias
- Conocimientos médicos no actualizados
- Falta de experiencia
- Fatiga
- Prisa
- Exceso de confianza
- Falta de conciencia de los riesgos
- Falta de aceptación de las limitaciones propias

1.1.3.7. Factores inherentes al paciente:

- Falta de información
- Desconocimiento de sus problemas.
- Participación insuficiente del paciente y la familia
- Intolerancia a medicamentos y material de curación
- Alergia no conocida a medicamentos
- Idiosincrasia a medicamentos
- Negativa a colaborar con su atención

Por todo lo anterior, es preciso mencionar que la misión central de la profesión médica es participar en el proceso de atención a los enfermos, con el propósito de contribuir a la salud. Dentro de este concepto está inmerso el precepto señalado por Hipócrates, de “primero no hacer daño”. Y la premisa del maestro en salud pública Avedis Donabedian de “buscar el máximo beneficio de los pacientes, con el mínimo riesgo” y su postulado de que “cualquier método o estrategia de garantía de calidad que se aplique será exitosa”.

Actualmente dentro de los principios éticos de la práctica, se señala en primer lugar al principio de beneficencia y no maleficencia, que a través de varios preceptos, nos conduce a buscar el beneficio del paciente como propósito fundamental, llevando implícito el principio de no maleficencia, es decir, evitar cualquier acción que pudiera causarle daño. Sentadas estas premisas, se hace evidente el compromiso del médico de prevenir y evitar cualquier acto médico que pudiera ocasionar un daño al paciente.

En el proceso se puede dar lugar a dos situaciones diferentes; por una parte, que el error haya afectado el resultado de la atención, que haya alterado en forma negativa la historia natural de la enfermedad y por lo tanto haya dado lugar a un evento adverso. No es raro que se presenten eventos adversos, que no hubieran sido precedidos por un error en el proceso, en cuyo caso la primera opción es preguntarse si no se trató de un error que no hubiera sido identificado y la segunda opción, preguntarse si fue un evento adverso que no hubiera sido precedido por un error. En esta segunda opción podrían haberse dado dos circunstancias: la primera que el evento adverso hubiera sido previsible o prevenible o bien que hubiera sido un evento adverso no previsible o prevenible y por lo tanto inevitable.

Los errores pueden ser excusables cuando provienen de una equivocación del juicio clínico del médico, por falla o exactitud en la clínica, porque los criterios clínicos o procedimientos fueron incorrectos o por complicaciones que ocurren al asumir riesgos inherentes propios de ciertas medidas terapéuticas o procedimientos diagnósticos. Pero hay errores que son inexcusables porque provienen de una conducta negligente o imperita del médico, aunque también son inexcusables los errores que se originan en las deficiencias del sistema de salud, en la falta de procedimientos, en la mala organización, en personal mal capacitado, o en la falta de recursos para dar una atención de calidad.

En algunos casos ni el apego a las guías clínicas, ni las evidencias disponibles después de un estudio clínico completo y acucioso, dirigido por los conocimientos médicos vigentes y registros acuciosos en el expediente clínico, permiten llegar a una conclusión diagnóstica o terapéutica segura, siendo necesario decidir entre una o más opciones, sin embargo la mayor experiencia del médico, derivada de una práctica clínica desarrollada con calidad le permite una mayor percepción anticipatoria de los eventos adversos e identificar la presencia de signos o síntomas que orientan hacia determinada posibilidad, que con frecuencia resulta ser la correcta, en algunos casos, los estudios epidemiológicos locales, orientan hacia la opción más probable.

Se debe tomar en cuenta que como se menciono anteriormente, la medicina no es una ciencia exacta, por lo tanto la posibilidad de que el médico cometa algún error en los aspectos inherentes a su profesión, es alta, no obstante que se cuente con la más alta tecnología, por lo tanto se debe reconocer su falibilidad como ser humano que es. Definitivamente en la medicina, es más lo que se desconoce que lo conocido.

Cada enfermo es diferente a todos los demás y el diagnóstico, tratamiento y pronóstico tendrán variaciones importantes, además la evolución y desarrollo de la enfermedad puede ser significativamente distinta y la respuesta al tratamiento también es susceptible de manifestar diferencias. Aquella frase consagrada por la experiencia de los grandes clínicos sigue vigente: "No hay enfermedades, hay enfermos".

Es necesario reconocer que siempre existe el riesgo, de que aun con una práctica clínica depurada y habiendo cumplido todas las normas y cánones de una buena medicina, se presente un evento adverso no prevenible o inevitable, teniendo en cuenta los numerosos factores capaces de ocasionarlo. El médico puede demostrar que aún apeándose a las normas establecidas y cumpliendo con los estudios indicados el proceso salud-enfermedad puede tener una apariencia y ser otra entidad clínica que se revela con la evolución o en el examen anatómico-patológico final.

El médico es un ser humano susceptible de confundirse durante el proceso de la toma de decisiones, por falla que no cae en la impericia, negligencia o dolo. El médico más experto con una notable experiencia puede equivocarse simplemente por confusión de datos. Solo los que no ejercen no se equivocan nunca, dice la vieja sentencia de la práctica médica. Se dice que la etapa del médico donde más errores cometen es cuando cursan su etapa de formación, particularmente en las residencias médicas. No hay que olvidar que para que esto aminore, el médico en formación está bajo el resguardo o tutela de un médico especializado.

Al hablar de iatrogenias, es necesario mencionar en primer lugar que el término iatrogenia fue utilizado en el pasado, pero en la actualidad se utiliza más el nuevo concepto de evento adverso, no obstante que para algunos parecerá ofensivo y despectivo, este moderno concepto encierra múltiples causas y lo podemos definir en forma concreta como el daño provocado en el paciente por la acción o la omisión del médico en el ejercicio de la profesión y sin la intención de cometerlo, o con una definición más amplia como el hecho inesperado no relacionado con la historia natural de la enfermedad, como consecuencia de la atención médica, que produce daño físico o psicológico grave, riesgo de muerte o la defunción del paciente.

En los médicos residentes, se debe tomar en cuenta el gran peso que recae en ellos debido a las horas extraordinarias de trabajo que realizan, sin que ello implique excusa; lo que ellos necesitan, es primero que desde su formación en aulas se les inculque una ética responsable que resulte en un servicio de calidad y comprometido con el paciente y que en los hospitales quien los supervise y guíe esté dispuesto a enseñar, no solo a ordenar y denigrar al residente haciéndolo pasar por duras y en ocasiones desagradables pruebas, dichos factores pueden ayudar a disminuir el índice de errores que existe año con año en nuestro país.

Los médicos en formación rolan en áreas en las cuales llevan a la práctica todos los conocimientos obtenidos en las aulas, sin embargo; la falta de experiencia resulta ser mortal cuando estos se enfrentan a situaciones reales y tienen que tomar decisiones que muchas veces son letales para la sobrevivencia del paciente.

El error médico puede ser causado por alguna negligencia haciendo hincapié en que aunque el médico no actúe de manera consciente, el daño que le puede causar al paciente puede incluso llegar a ser permanente, entendiéndose por *responsabilidad*, la obligación de reparar el perjuicio derivado de una acción donde se es culpado, y por *deber de conducta* en el ejercicio de la medicina, un conjunto de obligaciones a las que está sujeto el médico y cuyo incumplimiento puede llevarlo a sufrir consecuencias previstas en las normativas.

Cabe resaltar el hecho de que ninguna de las profesiones, ni ninguna de las ciencias están exentas del error. Son conocidos los errores cometidos en los cálculos de construcciones por los expertos que conducen a su derrumbe con sismos de magnitud variable. Hay errores económicos que han dado lugar a crisis que han afectado de manera muy importante a la mayor parte de la población. En las matemáticas, en la física, en la química, consideradas como ciencias exactas, en que se tiene control de todas o cuando menos de la mayoría de las variables, llegan a presentarse errores.

Por lo anterior, vale la pena recordar y tener en cuenta las circunstancias bajo las cuales el personal médico comete los errores médicos más comunes.

- **Impericia** Actuar sin saber: falta de entrenamiento y capacitación, carecer del Diploma de Especialista, carecer del Certificado del Consejo de Especialidad o de la Dirección General de Profesiones.
- **Imprudencia.** Actuar sin estar autorizado: inobservancia de reglamentos y normas, exceso de confianza, falta de conciencia del riesgo, falta de conciencia de limitaciones propias.
- **Omisión o negligencia** No hacer lo que se sabe que se debe hacer.
- **Ignorancia.** Hacer lo que no se sabe que no se debe hacer.
- **Dolo.** Hacer lo que se sabe que no se debe hacer.

La verdadera incidencia de los errores médicos es muy difícil de conocer por varias razones en primer lugar en nuestro país, no se tiene un control, hay una tendencia natural por parte de los médicos de no darlos a conocer, no solo por el temor a una demanda o reclamación, sino porque se requiere de cierta madurez para admitir, aun en la intimidad, los errores propios y más para sacar provecho de ellos.

Otras veces los errores en el proceso pasan inadvertidos y no se registran o no se identifican como consecuencia de no haber dado lugar a un evento adverso; en tal caso no queda constancia del error y “oficialmente no existió el error”. Esta circunstancia anterior ha sido denominada como “cuasi falla” y es una situación mucho más frecuente que un evento adverso.

No obstante la dificultad para registrar los errores médicos, para darnos una idea de la magnitud del problema, el Instituto of Medicine de los EEUU, realizó estudios en los que estima que en una población de 33 millones de ingresos hospitalarios en un año, podrían morir entre 44,000 y 98,000 pacientes por errores médicos, ocupando el octavo lugar como causa de muerte por arriba de los accidentes de tránsito, cáncer de mama y SIDA, estas cifras han sido muy cuestionados ya que otros estudios han mostrado discordancias y se han identificado errores metodológicos en el citado estudio del Instituto of Medicine.

I.2 ANTECEDENTES DE LAS RECOMENDACIONES

Las Recomendaciones emitidas por las Comisiones Estatal y Nacional de Derechos Humanos, de acuerdo con lo señalado en el artículo 102 apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, tiene el carácter de públicas y se emiten con el propósito fundamental de contribuir de manera permanente en la búsqueda perenne de que, quienes se desempeñen dentro del servicio público, se apeguen invariablemente a lo prescrito por la ley.

Las recomendaciones no pretenden, en modo alguno, desacreditar a las instituciones, no constituyen una afrenta o agravio a las mismas o a sus titulares; por el contrario, deben concebirse como instrumento indispensable en la sociedad democrática, para lograr su fortalecimiento a través de la legitimidad que con su cumplimiento adquieren los servidores públicos ante la sociedad. Dicha legitimidad se fortalecerá de manera progresiva cada vez que se logre que estos sometan su actuación a la norma jurídica y al criterio de justicia que implica el respeto a los derechos humanos y como elemento para robustecer el Estado de Derecho.

Dado el carácter público de las Recomendaciones, es importante analizar y resaltar algunos aspectos de la Ley de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México.

1.2.1 Atribuciones de la Comisión de Derechos Humanos.

Artículo 13

I. Conocer de quejas o iniciar de oficio investigaciones, sobre presuntas violaciones a derechos humanos, por actos u omisiones de naturaleza administrativa de cualquier autoridad o servidor público estatal o municipal;

II. Conocer de quejas o iniciar de oficio investigaciones, en contra de cualquier autoridad o servidor público que con su tolerancia, consentimiento o negativa a ejercer las atribuciones que legalmente le correspondan, de lugar a presuntas violaciones a derechos humanos provenientes de quienes presten servicios permitidos o concesionados por los gobiernos estatal o municipales u ofrezcan servicios al público.

V. Requerir a cualquier autoridad o servidor público dentro del Estado, conforme a las disposiciones legales, la información que requiera sobre probables violaciones a los derechos humanos;

VI. Procurar la mediación o la conciliación entre las partes, a efecto de dar pronta solución al conflicto planteado, cuando la naturaleza del asunto lo permita.

VIII. Formular recomendaciones públicas no vinculatorias y demás resoluciones que contemple esta Ley;

1.2.2 De las resoluciones de la Comisión de Derechos Humanos

Artículo 99.- La Comisión puede dictar las resoluciones siguientes:

I. Resoluciones de no Responsabilidad: cuando no se acrediten las violaciones a derechos humanos;

III. Recomendaciones: cuando se comprueben las violaciones a derechos humanos;

IV. Resoluciones de los Recursos de Reconsideración: que pueden confirmar, revocar o modificar la Recomendación impugnada;

V. Recomendaciones Generales: cuando derivado de los estudios realizados por el Organismo, se determine que diversas autoridades han vulnerado derechos humanos, las cuales no requieren aceptación por parte de las autoridades a quienes vayan dirigidas; sin embargo, la verificación de su cumplimiento se hará mediante la realización de estudios generales, que para tal efecto realice la Comisión.

Artículo 101.- En las Recomendaciones debe señalarse las medidas que procedan para la efectiva conservación y restitución a los afectados en sus derechos fundamentales y, en su caso, para la reparación de los daños y perjuicios que se hubiesen ocasionado.

Artículo 104.- La Comisión debe notificar al quejoso y al superior jerárquico de las autoridades o servidores públicos, relacionados con las violaciones a derechos humanos, las resoluciones que deriven de los procedimientos a que se refiere el presente Título, de conformidad con el Reglamento Interno.

Las Recomendaciones, en su caso, serán turnadas al Órgano de Control correspondiente para que sea iniciado o continuado el procedimiento administrativo que contempla la Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado y Municipios.

1.2.3 Aceptación y cumplimiento de las Recomendaciones

Artículo 105.- Una vez recibida la Recomendación, el superior jerárquico debe informar dentro de los quince días hábiles siguientes a su notificación, si acepta dicha Recomendación, y en quince días hábiles adicionales entregar, en su caso, las pruebas que demuestren su cumplimiento.

Artículo 109.- Cuando una Recomendación no sea aceptada por el superior jerárquico de que se trate, o habiéndola aceptado sea omiso en su cumplimiento, la Legislatura del Estado, a petición de la Comisión, puede solicitar su comparecencia a efecto de que justifique su *negativa u omisión*.

1.2.4 De las obligaciones y colaboración

Artículo 115.- Las autoridades o servidores públicos estatales y municipales deben colaborar y proporcionar, sin dilación alguna, la información y datos, que les solicite la Comisión, en términos del artículo 42 fracción XXIV de la Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado y Municipios.

Artículo 116.- Las autoridades o servidores públicos estatales y municipales, tienen la obligación de proporcionar al personal de este Organismo, acceso irrestricto e inmediato a los espacios físicos, en que deban practicar las actuaciones a que se refieren la presente Ley y el Reglamento Interno.

1.2.5 De las responsabilidades

Artículo 119.- Cuando persistan actitudes u omisiones que impliquen conductas evasivas o de entorpecimiento por parte de las autoridades o servidores públicos que deban intervenir o colaborar en los procedimientos de la Comisión o en el cumplimiento de las Recomendaciones aceptadas;

El Organismo puede formular informes denunciándolos ante las autoridades competentes, según lo amerite el asunto de que se trate.

Los particulares que durante los procedimientos de la Comisión incurran en faltas o delitos, serán denunciados ante las autoridades competentes.

Artículo 121.- Además de las denuncias sobre los delitos y faltas administrativas en que puedan incurrir las autoridades o servidores públicos en el curso de los procedimientos o en el cumplimiento de las Recomendaciones aceptadas; la Comisión puede solicitar la amonestación por escrito, pública o privada, según el caso, al titular de la institución de que se trate.

Por lo anterior, vale la pena en primer lugar tener en mente que existe la Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos y que su artículo 42 dispone que para salvaguardar la legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencias que deben ser observadas en la prestación del servicio público, independientemente de las obligaciones específicas que correspondan al empleo, cargo o comisión, todo servidor público, sin perjuicio de sus derechos y deberes laborales, tendrá las siguientes obligaciones de carácter general.

Cumplir con la máxima diligencia el servicio que le sea encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause la suspensión de deficiencia de dicho servicio o implique abuso o ejercicio indebido de un empleo, cargo o comisión.

I.3 ANTECEDENTES DE LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES Y DE LOS MEDICOS

En la actualidad se cuenta con la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes, que permite que el médico tenga conciencia de sus compromisos entre ellos, y la Carta de los Derechos Generales de los Médicos, que permite a los pacientes y a sus familiares, conocer hasta donde está obligado un médico al prestar sus servicios.

I.3.1 Carta de los Derechos Generales de los Pacientes

I. Recibir atención médica adecuada.

El paciente tiene derecho a que la atención médica se le otorgue por personal preparado de acuerdo a las necesidades de su estado de salud y a las circunstancias en que se brinda la atención; así como a ser informado cuando requiera referencia a otro médico.

II. Recibir trato digno y respetuoso

El paciente tiene derecho a que el médico, la enfermera y el personal que le brinden atención médica, se identifiquen y le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera que sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañante.

III. Recibir información suficiente, clara y veraz

El paciente, o en su caso el responsable, tienen derecho a que el médico tratante les brinde información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento; se exprese siempre en forma clara y comprensible; se brinde con oportunidad con el fin de favorecer el conocimiento pleno del estado de salud del paciente y sea siempre veraz, ajustada a la realidad.

IV. Decidir libremente sobre su atención

El paciente, o en su caso el responsable, tienen derecho a decidir con libertad, de manera personal y sin ninguna forma de presión, aceptar o rechazar cada procedimiento diagnóstico o terapéutico ofrecido, así como el uso de medidas extraordinarias de supervivencia en pacientes terminales.

V. Otorgar o no su consentimiento validado informado

El paciente, o en su caso el responsable, en los supuestos que así lo señale la normativa, tiene derecho a expresar su consentimiento, siempre por escrito, cuando acepte sujetarse con fines de diagnóstico o terapéuticos, a procedimientos que impliquen un riesgo, para lo cual deberá ser informado en forma amplia y completa en qué consisten, los beneficios que se esperan. Así como de las complicaciones o eventos negativos que pudieran presentarse a consecuencia del acto médico. Lo anterior incluye las situaciones en las cuales el paciente decida participar en estudios de investigación, o en el caso de donación de órganos.

VI. Ser tratado con confidencialidad

El paciente tiene derecho a que toda la información que exprese a su médico, se maneje con estricta confidencialidad y no se divulgue más que con la autorización expresa de su parte, incluso la que derive de un estudio de investigación al cual se haya sujetado de manera voluntaria; lo cual no limita la obligación del médico de informar a la autoridad en los casos previstos por la ley.

VII. *Contar con facilidades para obtener una segunda opinión*
El paciente tiene derecho a recibir por escrito la información necesaria para obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud.

VIII. *Recibir atención médica en caso de urgencia*

Cuando está en peligro la vida, un órgano o una función, el paciente tiene derecho a recibir atención de urgencia por un médico, en cualquier establecimiento de salud, sea público o privado, con el propósito de estabilizar sus condiciones.

IX. *Contar con un expediente clínico*

El paciente tiene derecho a que el conjunto de los datos relacionados con la atención médica que reciba sean asentados en forma veraz, clara, precisa, legible y completa en un expediente que deberá cumplir con la normativa aplicable y cuando lo solicite, obtener por escrito un resumen clínico veraz de acuerdo al fin requerido.

X. *Ser atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida*

El paciente tiene derecho a ser escuchado y recibir respuesta por la instancia correspondiente cuando se inconforme por la atención médica recibida de servidores públicos o privados. Así mismo, tiene derecho a disponer de vías alternas a las judiciales para tratar de resolver un conflicto con el personal de salud.

1.3.2 Carta de los Derechos Generales de los Médicos

Los derechos que a continuación se enumeran tienen como propósito hacer explícitos los principios básicos en los cuales se sustenta la práctica médica, reflejo, en cierta forma, del ejercicio irrestricto de la libertad profesional de quienes brindan servicios de atención médica los cuales constituyen prerrogativas ya contempladas en ordenamientos jurídicos de aplicación general. Consecuentemente, estos derechos no pretenden confrontarse con los de los pacientes, pues ambos se vinculan con un conjunto de valores universales propios de una actividad profesional profundamente humanista como la medicina.

I. *Ejercer la profesión en forma libre y sin presiones de cualquier naturaleza*

El médico tiene derecho a que se respete su juicio clínico (diagnóstico y terapéutico) y su libertad prescriptiva, así como su probable decisión de declinar la atención de algún paciente, siempre que tales aspectos se sustenten sobre bases éticas, científicas y normativas.

II. *Laborar en instalaciones apropiadas y seguras que garanticen su práctica profesional.*

El médico tiene derecho a contar con lugares de trabajo e instalaciones que cumplan con medidas de seguridad e higiene, incluidas las que marca la ley, de conformidad con las características del servicio a otorgar.

III. Tener a su disposición los recursos que requiere su práctica profesional

Es un derecho del médico, recibir del establecimiento donde presta su servicio: personal idóneo, así como equipo, instrumentos e insumos necesarios, de acuerdo con el servicio a otorgar.

IV. Abstenerse de garantizar resultados en la atención médica

El médico tiene derecho a no emitir juicios concluyentes sobre los resultados esperados de la atención médica.

V. Recibir trato respetuoso por parte de los pacientes y sus familiares, así como el personal relacionado con su trabajo profesional.

El médico tiene derecho a recibir del paciente y sus familiares trato respetuoso, así como información completa, veraz y oportuna relacionada con el estado de salud. El mismo respeto deberá recibir de sus superiores, personal relacionado con su trabajo profesional y terceros pagadores.

VI. Tener acceso a educación médica continua y ser considerado en igualdad de oportunidades para su desarrollo profesional.

El médico tiene derecho a que se le facilite el acceso a la educación médica continua y a ser considerado en igualdad de oportunidades para su desarrollo profesional, con el propósito de mantenerse actualizado.

VII. Tener acceso a actividades de investigación y docencia en el campo de su profesión

El médico tiene derecho a participar en actividades de investigación y enseñanza como parte de su desarrollo profesional.

VIII. Asociarse para promover sus intereses profesionales

El médico tiene derecho a asociarse en organizaciones, asociaciones y colegios para su desarrollo profesional, con el fin de promover la superación de sus miembros y vigilar el ejercicio profesional, de conformidad con lo prescrito en la ley.

IX. Salvaguardar su prestigio profesional

El médico tiene derecho a la defensa de su prestigio profesional y a que la información sobre el curso de una probable controversia se trate con privacidad, y en su caso a pretender el resarcimiento del daño causado.

La salvaguarda 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 se presuma la comisión de ilícitos hasta en tanto no se resuelva legalmente cualquier controversia por la atención médica brindada.

X. Percibir remuneración por los servicios prestados

El médico tiene derecho a ser remunerado por los servicios profesionales que preste, de acuerdo a su condición laboral, contractual o a lo pactado con el paciente.

I.4 CONCEPTOS

Con la finalidad de comprender el entorno dentro del cual se desarrollará este trabajo, se pretende enunciar y definir algunos conceptos medulares al tema.

I.4.1. Atención médica

- El conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de promover, proteger y restaurar su salud.

I.4.2. Bioética

- Disciplina que se encarga del estudio sistemático de la conducta humana en el ámbito de las ciencias de la vida y de la salud, analizada a la luz de los valores y principios morales.

I.4.3. Calidad

- Propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una persona o cosa que permiten apreciarla con respecto a las restantes de su especie:

En el área médica principia desde la visión de instalaciones y la apariencia de la persona que brinda el servicio.

I.4.4. Calidad de atención médica

- “Otorgar atención médica al usuario, correctamente y con oportunidad, conforme a los conocimientos médicos y principios éticos vigentes que permitan satisfacer sus necesidades de salud y sus expectativas y evitar eventos adversos”.

I.4.5. Calidez

- En la medicina la podemos definir como la amabilidad, la honestidad y cortesía en el servicio para los usuarios.

I.4.6. Consentimiento informado

- El acto mediante el cual se informa detalladamente al paciente sobre el padecimiento, los diversos procedimientos terapéuticos, posibles complicaciones, así como secuelas o riesgos inherentes a ellos, a efecto

de que decida y autorice los procedimientos médicos en forma consciente, libre y responsable.

I.4.7. Criterio

- Norma para conocer la verdad.
- Juicio o discernimiento.

I.4.8. Criterio médico

- “Juicio clínico tendente a la toma de decisión correcta en la práctica médica, sustentado en los conocimientos médicos, en las evidencias y en la experiencia”.

I.4.9. Deontología Médica

- Es el conjunto de principios y reglas éticas que deben inspirar y guiar la conducta profesional del médico.

I.4.10. Ética Médica

- “Es el estudio minucioso del acto humano en las ciencias de la vida y de la salud, a la luz de los principios y los valores morales” (Universidad Georgetown de Washington).

I.4.11. Error

- Acto humano relativo a no acertar o cometer un error.

En la medicina; en este concepto está implícita la posibilidad de equivocarse al tomar una decisión o al aplicar un criterio médico.

I.4.12. Error

- Concepto equivocado.
- Juicio falso.
- Acción desacertada.
- Diferencia entre un valor médico o calculado y el valor real.
- Equivocación de buena fe.

I.4.13. Error médico

- Conducta Clínica equivocada en la práctica médica, como consecuencia de la decisión de aplicar un criterio clínico incorrecto.

¿Cuál es reto al que nos enfrentamos nosotros los médicos?

- Toma de decisiones con base en criterios.

I.4.14. Evidencia

- Certeza clara o manifiesta de lo que no se puede dudar.
- Prueba de algo
- Revelar o demostrar algo

I.4.15. Evento adverso

- Hecho inesperado no relacionado con la historia natural de la enfermedad, como consecuencia de la atención médica.

I.4.16. Evento centinela

- Es un tipo de evento adverso en donde está presente una muerte o un daño físico o psicológico SEVERO de carácter permanente, que no estaba presente anteriormente y que requiere tratamiento o un cambio permanente de estilo de vida.

I.4.17. Expediente clínico

- Conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos o de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud, hace los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención.

I.4.18. Iatrogenia

- La palabra iatrogenia proviene del griego *iatrogénesis*: *iatros*-médico y *génesis*-crear y significa lo creado por el médico; son aquellos efectos que de manera consciente o no el médico causa al paciente.

I.4.19. Medicina defensiva

- Conjunto de conductas desarrolladas por los médicos, para evitar las demandas por mala praxis consistentes en extremar los procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

I.4.20. Paciente

- Es el beneficiario directo de la atención médica.

I.4.21. Riesgos

- Contingencia o proximidad de un daño
- Situación latente que puede dar lugar a un error

I.4.22. Servicio de atención médica

El conjunto de recursos que intervienen sistemáticamente para la prevención y curación de las enfermedades que afectan a los individuos, así como de la rehabilitación de los mismos.

I.4.23. Urgencia

- Todo problema medido-quirúrgico agudo, que pone en peligro la vida, o la pérdida de un órgano o una función y requiere atención inmediata.

I.4.24. Usuario

- Toda aquella persona, paciente o no, que requiera y obtenga la prestación de servicios de atención médica

I. 5 MARCO JURÍDICO

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

Ley General de Salud

Ley de Salud en el Estado de México

Ley que crea la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México.

Ley de Derechos Humanos del Estado de México

Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado y Municipios

Ley Federal del Trabajo

Ley Reglamentaria del Artículo 5.- Constitucional Relativo al Ejercicio de las Profesiones.

Código Penal en el Estado de México

Código de Procedimientos Penales en el Estado de México

Reglamento Interno de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicio de Atención Médica.

Código Civil Federal

I.6 ANTECEDENTES DE LOS DERECHOS HUMANOS

I.6.1. A NIVEL MUNDIAL

El 24 de octubre de 1945, a raíz de la Segunda Guerra Mundial, las Naciones Unidas nació como una organización intergubernamental con el propósito de salvar a las generaciones futuras de la devastación de conflictos internacionales.

Representantes de las Naciones Unidas de todas las regiones del mundo adoptaron formalmente la Declaración Universal de Derechos Humanos el día 10 de diciembre de 1948.

Los Estatutos de las Naciones Unidas establecieron seis órganos principales, incluyendo la Asamblea General, el Consejo de Seguridad, la Corte Internacional de Justicia, y en relación con los derechos humanos, un Consejo Económico y Social (ECOSOC).

Los estatutos de las Naciones Unidas otorgaban al Consejo Económico y Social el poder de establecer “comisiones en campos económicos y sociales para la promoción de los derechos humanos...”. Una de ellas fue la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, que, bajo la presidencia de Eleanor Roosevelt, se encargó de la creación de la Declaración Universal de los Derechos Humanos.

La Declaración fue redactada por representantes de todas las regiones del mundo y abarca todas las tradiciones jurídicas. Formalmente adoptada por las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948, es el documento más universal de los derechos humanos en existencia, describiendo los treinta derechos fundamentales que constituyen la base para una sociedad democrática.

Tras este acto histórico, la Asamblea pidió a todos los países miembros que publicaran el texto de la Declaración y “que se distribuyera, exhibiera, leyera y expusiera principalmente en escuelas y otras instituciones de enseñanza, sin importar el status político de los países o territorios”.

En la actualidad, la Declaración es un documento en continua evolución que ha sido aceptado como contrato entre un gobierno y su pueblo en todo el mundo. Según el Libro Guinness de Récords Mundiales, es el documento más traducido del mundo.

I.6.2. EN NUESTRO PAÍS

El antecedente más lejano de la CNDH es la ley e institución de 1847 llamada Procuraduría de Pobres, promovida por Ponciano Arriaga en el estado de San Luis Potosí. Dicha procuraduría, ha influido alrededor del mundo a muchas de las Defensorías del Pueblo, aún cuando la mayoría de las mismas se basarían principalmente en el modelo escandinavo de ombudsman.

Otro antecedente importante lo constituye la Defensoría de los Derechos Universitarios establecida el 29 de mayo de 1985 en la Universidad Nacional Autónoma de México para cumplir funciones similares a una Defensoría del Pueblo dentro de dicha esa universidad.

El antecedente más directo data del 13 de febrero de 1989, cuando nació la "Dirección General de Derechos Humanos" dentro de la Secretaría de Gobernación de la Federación.

La CNDH, como tal, fue creada a través de la reforma constitucional del 28 de enero de 1992 (artículo 102° apartado B), la cual le dio el carácter de "agencia descentralizada" con personería jurídica propia. Otra reforma constitucional, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 13 de septiembre de 1999, le concedió sus actuales autonomías presupuestarias y de gestión, desvinculándola definitivamente del Poder Ejecutivo mexicano.

La CNDH cuenta con uno de los mayores presupuestos destinados a defensorías en América Latina llegó a 801 millones de pesos mexicanos en 2007 y su personal supera las 1000 personas; estos hechos, la convierten en una de las mayores del mundo.

Para documentar violaciones a los DD.HH. se redactó un informe sobre desapariciones de personas durante la "guerra sucia" de México, escrito detalladamente por personal de la CNDH en el 2001.

En enero de 2005, dentro de la Comisión se estableció una oficina cuya función es abordar las violaciones a los derechos humanos de los migrantes.

En el 2007, la Quinta Visitaduría de la CNDH tuvo un papel activo para lograr la despenalización de la difamación.

El primer Diagnóstico Nacional de Supervisión Penitenciaria, fue publicado en el 2006 por la CNDH, tras evaluar 191 cárceles mexicanas.

En la actualidad, el sistema de protección jurisdiccional no jurisdiccional de los derechos humanos de México es considerado uno de los mayores del mundo, pues aparte de la CNDH existen comisiones estatales de DD.HH. en los 32 estados de la república, en la Ciudad de México y en cientos de municipios.

En relación al estudio que nos atañe en nuestro país como en el de muchos otros, no se ha desarrollado una cultura para la identificación y registro de los errores médicos y de los eventos adversos, lo que trae como consecuencia una deficiencia para su prevención y solución, es por ello que en este trabajo se tiene la oportunidad de identificar los factores que intervienen en la génesis del error y por consiguiente Recomendaciones de la Comisión de Derechos Humanos, para abatirlas en forma conjunta, proponiendo el rediseño de métodos, procedimientos o protocolos de atención y tratar de evitar en la medida

de lo posible dichos errores médicos o eventos adversos, registrarlos, aprovecharlos y generar acciones para su prevención y corrección.

I.6.3. A NIVEL NACIONAL

La protección y defensa de los Derechos Humanos en México fue elevada a rango constitucional el 28 de enero de 1992, con la publicación del Decreto que adicionó el apartado B al artículo 102 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Esta disposición facultó al Congreso de la Unión y a las legislaturas de los estados para que, en el ámbito de sus respectivas competencias, establecieran organismos especializados para atender las quejas en contra de actos u omisiones de naturaleza administrativa violatorios de Derechos Humanos, por parte de cualquier autoridad o servidor público, con excepción de los del Poder Judicial de la Federación, así como para formular recomendaciones públicas autónomas, no vinculatorias y denuncias y quejas ante las autoridades correspondientes.

Con fecha 13 de septiembre de 1999 se reformó el artículo 102, apartado B constitucional, en el cual se señala que la Comisión Nacional de los Derechos Humanos es un organismo que cuenta con autonomía de gestión y presupuestaria, así como personalidad jurídica y patrimonio propios. El objetivo esencial de este organismo es la protección, observancia, promoción, estudio y divulgación de los Derechos Humanos previstos por el orden jurídico mexicano.

Para cumplir con los objetivos citados esta Comisión Nacional tiene como atribuciones:

- I. Recibir quejas de presuntas violaciones a derechos humanos;
- II. Conocer e investigar a petición de parte, o de oficio, presuntas violaciones de derechos humanos en los siguientes casos:
 - a Por actos u omisiones de autoridades administrativas de carácter federal;
 - b Cuando los particulares o algún otro agente social cometan ilícitos con la tolerancia o anuencia de algún servidor público o autoridad, o bien cuando estos últimos se nieguen infundadamente a ejercer las atribuciones que legalmente les correspondan en relación con dichos ilícitos, particularmente en tratándose de conductas que afecten la integridad física de las personas;
- III. Formular recomendaciones públicas no vinculatorias y denuncias y quejas ante las autoridades respectivas, en los términos establecidos por el artículo 102, Apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos;

- IV. Conocer y decidir en última instancia las inconformidades que se presenten respecto de las recomendaciones y acuerdos de los organismos de derechos humanos de las Entidades Federativas a que se refiere el citado artículo 102, apartado B, de la Constitución Política;
- V. Conocer y decidir en última instancia las inconformidades por omisiones en que incurran los organismos de derechos humanos a que se refiere la fracción anterior, y por insuficiencia en el cumplimiento de las recomendaciones de éstos por parte de las autoridades locales, en los términos señalados por esta ley;
- VI. Procurar la conciliación entre los quejosos y las autoridades señaladas como responsables, así como la inmediata solución de un conflicto planteado, cuando la naturaleza del caso lo permita;
- VII. Impulsar la observancia de los derechos humanos en el país;
- VIII. Proponer a las diversas autoridades del país, que en el exclusivo ámbito de su competencia, promuevan los cambios y modificaciones de disposiciones legislativas y reglamentarias, así como de prácticas administrativas, que a juicio de la Comisión Nacional redunden en una mejor protección de los derechos humanos;
- IX. Formular programas y proponer acciones en coordinación con las dependencias competentes para impulsar el cumplimiento de tratados, convenciones y acuerdos internacionales signados y ratificados por México en materia de Derechos Humanos.
- X. Expedir su Reglamento Interno;
- XI. Elaborar y ejecutar programas preventivos en materia de derechos humanos;
- XII. Supervisar el respeto a los derechos humanos en el sistema penitenciario y de readaptación social del país;
- XIII. Formular programas y proponer acciones en coordinación con las dependencias competentes que impulsen el cumplimiento dentro del territorio nacional de los tratados, convenciones y acuerdos internacionales signados y ratificados por México en materia de derechos humanos;
- XIV. Proponer al Ejecutivo Federal, en los términos de la legislación aplicable, la suscripción de convenios o acuerdos internacionales en materia de derechos humanos;

- XV. La observancia del seguimiento, evaluación y monitoreo, en materia de igualdad entre mujeres y hombres;
- XVI. Investigar hechos que constituyan violaciones graves de derechos humanos, cuando así lo juzgue conveniente o lo pidiere el Ejecutivo Federal, alguna de las Cámaras del Congreso de la Unión, el Gobernador de un Estado, el Jefe de Gobierno del Distrito Federal o las legislaturas de las entidades federativas, y
- XVII. Las demás que le otorgue la presente Ley y otros ordenamientos legales.

Cabe hacer mención que las quejas y denuncias, las resoluciones y recomendaciones formuladas por la CNDH no afectan el ejercicio de otros derechos y medios de defensa que puedan corresponder a los afectados conforme a las leyes; por lo tanto, no suspenden ni interrumpen sus plazos preclusivos.

I.6.4. EN EL ESTADO DE MEXICO

La Comisión de Derechos Humanos, en el Estado de México para el cumplimiento de sus objetivos, sin perjuicio de las correspondientes a otros órganos, tendrá atribuciones similares a las de la Nacional:

- I. Conocer de quejas o iniciar de oficio, investigaciones sobre hechos que presumiblemente supongan violaciones a los derechos humanos por actos u omisiones de naturaleza administrativa de cualquier autoridad o servidor público estatal o municipal;
- II. Tramitar los expedientes de las quejas conforme al procedimiento que la presente Ley señala;
- III. Formular recomendaciones públicas no vinculatorias, así como denuncias o quejas ante las autoridades respectivas en términos del artículo 16 de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de México;
- IV. Elaborar y ejecutar programas para prevenir violaciones a los derechos humanos;
- V. Elaborar y ejecutar programas para difundir la enseñanza y promoción de los derechos humanos en el ámbito estatal;
- VI. Procurar la conciliación entre los quejosos y las autoridades señaladas como responsables, a efecto de dar pronta solución al conflicto planteado cuando la naturaleza del caso lo permita, tratándose de asuntos de carácter administrativo;

- VII. Supervisar el debido respeto a los derechos humanos en el sistema penitenciario y de readaptación social del Estado;
- VIII. Promover la abrogación, derogación, reforma o adición a diversos ordenamientos legales, así como el mejoramiento permanente de prácticas administrativas que se consideren indispensables para una mejor protección y defensa de los derechos humanos;
- X. Celebrar convenios de coordinación con las dependencias y organismos del Gobierno del Estado y de los Municipios para el eficaz cumplimiento de sus objetivos;
- X. Formular programas y proponer acciones que impulsen el cumplimiento dentro del Estado, de los tratados y convenios internacionales suscritos por nuestro país en materia de derechos humanos;
- XI. Establecer canales de comunicación permanentes con las organizaciones no gubernamentales nacionales e internacionales en materia de derechos Humanos;
- XII. Expedir su Reglamento Interno, con sujeción estricta al presente ordenamiento; y
- XIII. Celebrar convenios de colaboración con las instancias federales, estatales, municipales y las sociedades y asociaciones civiles que determinen, a efecto de garantizar la atención y protección a las víctimas del delito y abuso de poder, lo anterior en el marco de sus respectivas competencias;
- XIV. Las demás que sean necesarias para el cumplimiento de sus objetivos y que se deriven de esta Ley y demás ordenamientos legales relativos.

Artículo 6.- Los procedimientos que se sigan ante la Comisión de Derechos Humanos deberán estar sujetos sólo a las formalidades esenciales que requiera la documentación de los expedientes respectivos, bajo los principios de buena fe, gratuidad, simplificación, celeridad e inmediatez.

Artículo 7.- La Comisión de Derechos Humanos no podrá conocer de:

- I. Actos o resoluciones de organismos, autoridades y tribunales electorales;
- I. Sentencias definitivas y asuntos jurisdiccionales de fondo;
- II. Conflictos de carácter laboral; y
- IV. Consultas que le formulen autoridades, particulares u otras entidades sobre la interpretación de las disposiciones constitucionales o de otros ordenamientos legales.

II. JUSTIFICACIONES

La salud es un derecho universal propio de la humanidad debido a que resulta ser lo más importante después de la vida de todo ser humano, ya que sin él, ningún otro valor puede ser disfrutado, entendiendo a la salud como el completo bienestar físico, mental y social.

El motivo por el cual se realiza el presente trabajo, se debe al incremento en el número de quejas, que se presentan en la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México (**CODHEM**), en contra del Instituto de Salud del Estado de México (**ISEM**), por los servicios médicos que se otorgan en las diferentes unidades de médicas de los tres niveles de atención, que por su naturaleza terminan en recomendaciones, las cuales, generalmente tienen consecuencias y repercusiones de tipo laboral, administrativa, legal, social y/o moral, tanto para la institución como para el o los servidores públicos implicados en la queja, lo que motiva a hacer una investigación respecto de los servicios de salud que se proporcionan en dicho instituto.

Desde el punto de vista teórico, el presente trabajo de investigación permitirá ampliar y profundizar la información correspondiente de los errores médicos y eventos adversos conocidos; desde la perspectiva metodológica servirá como una guía para que los médicos acepten sus errores, ya que es bien conocido que existe una cultura de no dar a conocer de los mismos; insistir en que responsabilidad del médico tanto desde el punto de vista profesional como ético e inclusive legal, prevenir, evitar, identificar oportunamente y manejar eficientemente cualquier evento adverso que pudiera presentarse; desde el enfoque de su aplicación, será un referente valioso para quienes están vinculados con la salud, desde los médicos en formación: médicos internos de pregrado, pasantes en servicio social y residentes, así como los médicos especialistas. Los objetivos y demás propósitos de la presente investigación son viables en razón de la experiencia y la especialidad del suscrito, así como por las fuentes bibliográficas suficientes.

Es importante abordar el tema de los errores médicos, empezando por el origen de las quejas; las deficiencias en la calidad de la atención médica que se brinda en el Instituto de Salud del Estado de México, da lugar a reclamos y quejas por mala práctica, en este sentido los médicos deben de evitar caer en errores inexcusables, particularmente si este hubiera sido secundario a su actuar por impericia u omisión. La queja médica no puede ser vista únicamente como el origen de un trámite burocrático, sino como la oportunidad de mejorar la calidad de los servicios de salud, por lo que es importante analizar el origen de las recomendaciones y de alguna forma aprovechar el resultado.

Por lo tanto y ante la constante ola de quejas, se tiene la oportunidad de que el resultado del estudio sirva para poder identificar los aspectos negativos que les dieron origen. Una vez que sean ubicados los errores médicos, se intentara promover un cambio cultural hacia la mejora de los servicios médicos, tratando de impulsar actividades multidisciplinarias que conduzcan a la investigación y al

análisis sistemático de las causas de los errores médicos y eventos adversos, pretender corregirlos o definitivamente evitarlos para no llegar a otras instancias ya que la inconformidad puede ser tributaria de sanciones administrativas, civiles o penales, de diferente magnitud; según como se presente la inconformidad ya sea a través de mecanismos judiciales o no judiciales; definitivamente los primeros vienen a dañar aun más la deteriorada relación médico-paciente; es claro que las quejas o demandas implican un deterioro físico, moral y económico, para quienes se encuentran involucrados en la queja o demanda.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la medicina, la falta de control de los indicios o variables hace muy vulnerable el acto médico y pueden llevarnos a un diagnóstico equivocado, a un tratamiento inefectivo, y por lo tanto a un error médico y a un evento adverso. Algunos autores plantean que el error médico es el más importante factor causal de eventos adversos o consecuencias indeseadas del proceso de atención muy por encima de la mala práctica o las condiciones del paciente.

A modo de profundizar en el tema y para estar en condiciones de plantear el problema de investigación, se analizan algunas situaciones de las que se tiene conocimiento que son punto de partida de algunas quejas, a efecto de conocer y observar si dentro de esta problemática se encuentran las causas que dieron origen a las recomendaciones que nos ocupan y bajo que situaciones se dieron los errores médicos y eventos adversos.

Dentro de las causas que dan origen a la quejas se encuentra principalmente la deteriorada relación médico-paciente; cabe señalar que el médico representa el ser humano investido del privilegio sobrehumano de mitigar el dolor, aliviar el sufrimiento y aplazar la muerte del semejante. Por eso, su error asume proporciones dramáticas, representa la negación del bien, pero nunca la intención del mal, la repercusión del error depende del grado de sociedad establecido en el binomio médico-paciente, en el meollo de esa relación compleja y delicada establecida para buscar el bien.

Cuando hay una asociación activa, bilateral, marcada por el respeto, por el afecto y por la transparencia y consumada bajo los auspicios de la autonomía, esa relación alcanza un elevado y perfecto grado de comprensión y tolerancia mutuas. No al punto de consentir errores de parte a parte, sino de transformar las fallas comprensibles y enseñar el ejercicio del perdón en la parte ofendida o por lo menos una respetuosa tolerancia. Lo que más irrita al paciente y a su familia es la arrogancia del médico apoyada en su concepción de excelencia médica. La arrogancia, unilateral y de arriba hacia abajo, es incompatible con la buena relación médico-paciente. El meollo de esa relación depende del respeto bilateral, de la atención al paciente como un ser humano sustraído de su ambiente familiar y de su convivencia social de origen, rehén de una institución poco placentera además de la amenaza de extrañas enfermedades, dolorosas o humillantes.

Durante la atención de los pacientes existe la problemática inherente a la incertidumbre que representa para un médico cada paciente nuevo que atiende, que habitualmente involucra, más que errores personales o negligencia, el no haber elegido el mejor criterio, ante una situación en la cual no hay una decisión correcta o incorrecta evidente, especialmente en momentos críticos del proceso de atención.

Los deberes de conducta del médico constituyen predicados esenciales en la construcción de las virtudes inherentes a la calidad del acto médico. Sin son

observados con satisfacción, y más que eso, si son estimulados y desarrollados, contribuyen de forma delicada para aminorar o reducir al mínimo la posibilidad del error médico.

Por otra parte existe el deber de informar, para ello se cuenta con el consentimiento informado que son todas las explicaciones y aclaraciones en la relación médico-paciente que se consideran como incondicionales y obligatorias: información al paciente, información sobre las condiciones precarias de trabajo e informaciones registradas en la historia clínica, en esta última, desafortunadamente por cuestión de hábito o de equivocada economía de tiempo, los médicos tienden a preocuparse muy poco de la documentación clínica del paciente.

Por lo anterior otro problema con el que se enfrentan cotidianamente las instituciones de salud, es el que se refiere a la incorrecta integración del expediente clínico. Indiscutiblemente una herramienta fundamental de un profesional médico competente, es el expediente clínico, en el cual se pueden registrar los razonamientos semiológicos realizados, que fundamenten la justificación de los estudios realizados y las razones por las cuales no se requieren otros procedimientos terapéuticos y quirúrgicos. El documento es suficiente para acreditar la buena práctica de un profesional de la medicina y una buena defensa en alguna queja o demanda. Sin embargo, la mayoría del personal médico institucional no se apega a lo dispuesto por la Norma Oficial Mexicana NOM- 168-1998- SSA1, para la elaboración del expediente clínico.

Por otra parte, otra problemática que actualmente se vive en la práctica de la medicina, es la medicina defensiva, ciertamente la medicina se ha visto favorecida por los grandes adelantos científicos y tecnológicos; Sin embargo, al mismo tiempo en que surgen esos adelantos, aparecen otros problemas con efectos negativos que demeritan la práctica de la ciencia médica como es este tipo de medicina.

En esta problemática la desconfianza del médico en el enfermo o en su entorno conocida vulgarmente como la “industria del juicio” es la base de la medicina defensiva, entendiéndola a esta como el conjunto de conductas desarrolladas por los médicos, para evitar las demandas por mala praxis consistentes en extremar los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, aún aquellos de escasa efectividad o el evitar pacientes de alto riesgo, ocasionando gastos excesivos al paciente o al sistema de atención y sometiéndolo a riesgos evitables, con el único propósito de que el profesionista ante esa falta de cultura y el temor, se sienta protegido ante una eventual queja o demanda.

En este sentido, moral y legalmente el médico debe hacer un uso racional de los recursos disponibles, solicitando únicamente los estudios requeridos, no solicitar estudios en exceso para sustituir la falta de conocimientos (ignorancia) y para protegerse de las decisiones clínicas tomadas sin sustento clínico, la inseguridad o simplemente, para contar con los estudios que pudieran ser solicitados por las instancias ante las cuales se presentó una queja o una demanda, un médico

competente, indica los procedimientos diagnósticos necesarios para establecer, comprobar o precisar un diagnóstico.

Aunado a la anterior problemática y que es motivo del estudio, es la falta de personal del área médica, ya que la población se sigue inconformando por la falta de profesionistas de la salud en todos los niveles; el personal debe ser suficiente, capacitado y moralmente comprometido con la profesión; esa deficiencia de servidores públicos, por lógica, repercute en la calidad y calidez de los servicios de salud y por lo tanto en la presentación de errores médicos, eventos adversos y por consecuencia en la presentación de quejas y recomendaciones.

Finalmente un elemento importante anexo a la problemática, que pudiera estar relacionado con una deficiente atención médica y la presencia de errores médicos, es aquel que se refiere al cansancio del personal de salud, pues, en el ámbito educativo, se asignan a los médicos en formación, jornadas muy largas de trabajo denominadas comúnmente “guardias” y en lo laboral los médicos adscritos o de base y el personal de enfermería, tienen que cumplimentar faenas en más de una institución de salud, para satisfacer sus necesidades económicas; ese cansancio, implica rechazo de pacientes pretextando cualquier cosa e incluso ausencia de médicos especialistas para atender al paciente aun contando con ello, o bien proporcionando exploraciones inadecuadas y deficientes por personal no calificado.

Una vez analizada la problemática; uno de los propósitos fundamentales de la presente investigación es revisar las recomendaciones que la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México, emitió al Instituto de Salud durante once años, ubicar los errores médicos y eventos adversos más comunes, para estar en posibilidad de encontrar las respuestas a las principales interrogantes en el planteamiento del problema:

¿Cuáles son las causas más comunes de errores médicos y eventos adversos que originaron las quejas y recomendaciones al ISEM?

¿Cuál es la especialidad en el ISEM con mayor cantidad de recomendaciones?

¿En qué condiciones se produjo el error médico y el evento adverso detectados, según la Comisión de Derechos Humanos: ¿de una acción equivocada atribuible a un mal juicio, ignorancia, omisión, negligencia o impericia?

IV. HIPÓTESIS

El área de ginecoobstetricia es la especialidad con mayor número de quejas y recomendaciones en el Instituto de Salud del Estado de México (ISEM), y estas se deben a errores médicos, durante la última fase del embarazo específicamente durante el trabajo de parto.

V. OBJETIVOS

V.1 OBJETIVO GENERAL

Investigar las recomendaciones al ISEM, como resultado de quejas por errores médicos y eventos adversos en la práctica médica, según la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México, periodo del 1° de enero de 2000 al 31 de diciembre de 2010.

V.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

V.2.1. Identificar las especialidades de la medicina, de las cuales la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México, recibió más quejas e inconformidades y que por su naturaleza terminaron en recomendaciones.

V.2.2. Identificar los errores médicos que influyeron en la presentación de las quejas y consecuentemente presentaron recomendaciones.

V.2.3. Determinar los principales eventos adversos que surgieron a raíz de los errores médicos identificados en la especialidad con mayores recomendaciones.

V.2.4. Conocer en qué edad gestacional se presentó el error médico y evento adverso en las recomendaciones de la especialidad de gineco-obstetricia.

V.2.5. Establecer la paridad de las pacientes en materia de gineco-obstetricia, en la que se presentaron errores médicos y eventos adversos y así mismo se emitieron recomendaciones.

V.2.6. Manifestar los principales errores médicos cometidos en hospitalización de pacientes, que dieron origen a las quejas y recomendaciones.

V.2.7. Exponer los principales eventos adversos que resultan de los errores cometidos en hospitalización de pacientes.

V.2.8. Enunciar los principales errores médicos asistenciales cometidos por el servicio de enfermería.

V.2.9. Establecer las diferentes autoridades que tomaron conocimiento de los hechos motivo de la recomendación.

V.2.10. Conocer el tipo de responsabilidad o error medico que según la Comisión de Derechos Humanos encontró en las recomendaciones: negligencia por omisión o por acción; impericia, imprudencia, ignorancia o dolo.

VI. MATERIAL Y METODO

VI.1 DISEÑO DEL ESTUDIO.

Por su naturaleza: el presente estudio fue observacional, descriptivo, analítico y cuantitativo. Por su temporalidad el presente estudio es retrospectivo de las recomendaciones del 1º de enero de 2000 al 31 de diciembre de 2010, en el que se recabaron los datos relevantes de 37 Recomendaciones; analizando los hechos motivo de la inconformidad y la información que el paciente y/o sus familiares manifestaron en el instante que presentaron la queja; en algunos casos observando las conductas que espontáneamente ejecutaron los sujetos implicados al momento de la atención médica; examinando las respuestas del servidor público involucrado en su comparecencia ante las autoridades, contestaciones relacionadas con los hechos que se le atribuyen y que motivaron la queja; basándose también en las notas de los expedientes clínicos, en el resultado de la investigación por parte del órgano tutelador de los derechos humanos, en la aceptación o no de la Recomendación y la forma de cumplimiento de los puntos recomendatorios por parte de este Organismo.

VI.2 UNIVERSO DE TRABAJO.

Comprendió todas aquellas Recomendaciones emitidas a la Secretaría de Salud o al Instituto de Salud del Estado de México, por las Comisiones de Derechos Humanos Nacional y del Estado de México, durante 11 años.

La población escogida para el estudio comprendió las Recomendaciones, emitidas durante los años 2000 al 2010 cuya distribución es la siguiente; 3 fueron del año 2000; 4 del año 2001; 2 del año 2002; 2 del año 2003; 5 del año 2004; 1 del año 2005; 4 del año 2006; 4 del año 2007; 3 del año 2008; 8 del año 2009 y 1 del año 2010, haciendo un total de 37. De este total; 36 fueron de la Comisión Estatal de Derechos Humanos y una sola de la Comisión Nacional.

Analizando la relación entre algún factor o característica y de desarrollo de la queja, describiendo gráficamente y en cuadros el resultado, a través de la recolección de datos permitiendo determinar, explicar y fundamentar sólidamente la hipótesis.

VI.2.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

Se incluyeron un total 37 Recomendaciones, de estas solo una fue de la Comisión Nacional de Derechos Humanos y las otras treinta y seis de la Comisión Estatal, todas emitidas directamente al Instituto de Salud del Estado de México, las cuales fueron aceptadas, del 1º de enero del 2000 al 31 de diciembre del 2010.

VI.2.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

Se excluyeron todas aquellas quejas que no trascendieron y que no llegaron a

Recomendaciones. También se excluyeron 5 Recomendaciones de las cuales: 3 son Generales de la Comisión Nacional de Derechos Humanos y 2 de la Comisión Estatal. Estas se excluyeron porque no son específicamente en contra del Instituto de Salud.

VI.2.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.

Se eliminaron las recomendaciones que no cumplieron con más de 5 variables de estudio.

VI.3 OPERACIÓN DE VARIABLES.

Nombre de la variable	Definición	Escala de medición	Indicador
Especialidad medica	Área del conocimiento médico en la que se detalla alguna parte del cuerpo humano.	Cualitativa	Ginecoobstetricia Cirugía Pediatria Traumatología y ortopedia Oftalmología Anestesiología
Tipo de error médico y evento adverso en pacientes hospitalizados.	Conducta en la que incurre el médico al entablar la relación médico paciente. Conducta Clínica equivocada en la práctica médica, como consecuencia de la decisión de aplicar un criterio clínico incorrecto	Cualitativa nominal	Deficiencia en la valoración clínica. Solicitud de interconsulta tardía e inoportuna. Falta de vigilancia posanestésica y postquirúrgica. Falla para revertir un shock anafiláctico. Impericia para realizar venodisección. Falta de valoración oftalmológica oportuna y prueba de tamiz a un menor. Falta de consentimiento en salpingectomía. Referencia por medios propios de pacientes. Falta de indicaciones médicas. Falta de monitorización de pacientes. 1+
Eventos adversos en	Hecho inesperado no relacionado con la historia natural de la	Cualitativa nominal	Muerte materna. Complicaciones del recién

ginecoobstetricia	enfermedad, como consecuencia de la atención médica.		nacido. Complicaciones maternas. Partos fortuitos. Muertes del recién nacido. Óbitos fetales.
Paridad de las pacientes	Es el número de embarazos que ha tenido una mujer.	Cualitativa nominal	Primigestas. Multigestas. Trigestas. Secundigestas. Nulípara.
Motivo o error médico en ginecoobstetricia.	Conducta ilícita en la que incurre un especialista en ginecología y obstetricia. Conducta Clínica equivocada en la práctica médica, como consecuencia de la decisión de aplicar un criterio clínico incorrecto	Cualitativa nominal	Demora en la administración de expansores de volumen y hemoderivados. Egreso hospitalario precoz binomio madre-hijo. Falta de vigilancia quirúrgica. Atención de parto normal en una paciente con presentación podálica del producto. Conducción de un trabajo de parto sin valorar desproporción céfalo-pélvica. Atención de partos con maniobras incorrectas. Referencia de pacientes sin el apoyo correspondiente. Olvido de compresas en cavidad abdominal. Falta de limpieza posquirúrgica. Demora en la intervención quirúrgica. Deficiencia en la técnica quirúrgica. Falta de seguimiento y monitoreo de las pacientes hospitalizadas. Rechazo de pacientes en trabajo de parto.
Evento adverso en pacientes internados en hospitales y centros de salud	Hecho inesperado no relacionado con la historia natural de la enfermedad, como consecuencia de la atención médica.	Cualitativa nominal	Fallecimiento de pacientes. Perforación de apéndice y peritonitis. Retinopatía e hipotiroidismo no diagnosticados a tiempo. Ceguera.

Escaras de decúbito por estancia prolongada en hospital.
 Esterilidad permanente.
 Neuritis.
 Abdomen agudo no diagnosticado.

Tipo de error del personal de enfermería.	<ul style="list-style-type: none"> • Concepto equivocado. • Juicio falso. • Acción desacertada. • Diferencia entre un valor médico o calculado y el valor real. • Equivocación de buena fe. 	Cualitativa nominal	<p>Olvido de compresas en cavidad abdominal. Falta de movilización de pacientes de estancia hospitalaria prolongada. Falla técnica de inyección intramuscular.</p>
Quejas por administración de servicios de salud.	Inconformidad por un servicio prestado.	Cualitativa nominal	<p>Falta de personal médico. Falta de material y equipo. Falta de choferes para ambulancias. Falta de mantenimiento de unidades médicas.</p>
Tipo de responsabilidad médica	Responder por los actos realizados durante la atención médica.	Cualitativa nominal	<p>Omisión. Impericia. Administrativa. Imprudencia. Omisión, impericia e imprudencia.</p>
Autoridad que tuvo conocimiento de la queja	Acción y efecto que tiene de ocupar u ocuparse una autoridad de orden civil, penal o administrativa.	Cualitativa Nominal	<p>Contraloría Ministerio público. Contraloría interna.</p>
Edad gestacional de los productos al momento de la queja o recomendación	Es el tiempo que transcurrido el feto dentro de la cavidad uterina.	Cualitativa Nominal	<p>40-41 semanas. 38-39 semanas. A término. 36-37 semanas. 34-35 semanas. 32-33 semanas. 30-31 semanas.</p>

VI.4 INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN.

Los datos de investigación se obtuvieron de los libros de registro del Departamento Jurídico y del Área de Asuntos Médico Legales del ISEM, de los cuales se registraron y revisaron: el expediente, la queja y la recomendación, la información recopilada fue concentrada en la hoja de recolección de datos mostrada en el anexo 1.

VI.5 DESARROLLO DEL PROYECTO.

Previo a toda investigación se realizó por escrito, la solicitud de autorización para la revisión de los libros de registro de las recomendaciones, sin realizar duplicado o fotocopiado de dichos expedientes.

Para el desarrollo del proyecto, se realizó la revisión de cada una de las mismas que comprendió del periodo del 01 de enero del 2000 al 31 de Diciembre del 2010. Para lo anterior se utilizó un formato de recolección de datos en donde se registró toda la información de interés para la presente investigación. Toda la información se recolectó en formatos diseñados para dicho fin, y el cual se muestra en el anexo 1.

VI.6 LÍMITE DE ESPACIO.

Se revisaron los expedientes de quejas en el Área de Asuntos Médico Legales y de la Unidad de Asuntos Jurídicos del Instituto de Salud del Estado de México, específicamente todas aquellas quejas o inconformidades que terminaron en Recomendaciones emitidas por la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México.

VI. 7 LÍMITE DE TIEMPO.

Una vez aprobado el protocolo, los datos recolectados a partir del 1° enero del 2012 se procesaron en ocho meses después del tiempo establecido.

VI.8 DISEÑO DE ANÁLISIS

ESTADÍSTICO

Los resultados se describieron mediante estadísticas descriptivas para frecuencias, para el procesamiento de datos.

VII. IMPLICACIONES ÉTICAS

Respeto: se realizó el análisis de las Recomendaciones en el que se incluyen notas de los expedientes clínicos, guardando siempre respeto a lo expuesto en cada una de ellas, no obstante que como se ha mencionado anteriormente todas y cada una de las recomendaciones se hicieron públicas en su momento a través de los medios principalmente escritos (prensa); en el presente estudio se omitieron los nombres de las unidades médicas, los nombres del personal médico involucrados y de los pacientes o quejosos, anotando únicamente la queja o expediente de la Comisión, omitiendo también en algunas el número de expediente de la Contraloría Interna y del Ministerio Público, transcribiendo exclusivamente lo esencial de la queja, los informes o resúmenes clínicos de cada uno de los casos, las observaciones y los puntos recomendatorios a cumplir de cada una de las recomendaciones.

Beneficencia: se realizó la presente investigación para identificar el origen de las quejas y recomendaciones, con la finalidad de contar con elementos que permitan en la medida de lo posible prevenirlas y disminuirlas, y con el único propósito de que el estudio en la medida de lo posible permita mejorar los servicios de atención médica, con prestaciones de salud oportunas y de calidad y que la población sea la más beneficiada.

No Maleficencia: no se provocarán daños durante la investigación.

Justicia: se respetarán los derechos de los demás.

VIII. ORGANIZACIÓN

La investigación fue dirigida por el E. en S.P. JESUS LUIS RUBÍ SALAZAR, profesor de Metodología de la Investigación de la especialidad de Medicina Legal de la Facultad de Medicina del Estado de México UAEM.

Tesista: M. C. ARMANDO GONZÁLEZ TENORIO, residente de segundo año de Medicina Legal con sede en la Procuraduría General de Justicia en el Estado de México.

REVISORES:

E. en M.L. ALBERTO ROGELIO ORTEGA MADRID. Catedrático de la facultad de medicina UAEM. MÉX.

E. en M.L. LINETH HERNÁNDEZ GAMA. Catedrático de la facultad de medicina UAEM. MÉX.

Dr. en Hum. ARTURO GARCÍA RILLO. Catedrático de la facultad de medicina UAEM. MÉX.

E. en M.L. MARÍA DE LA LUZ PIEDRA PICHARDO. Catedrático de la facultad de medicina.

IX. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

Lista de Recursos Materiales:

Material de escritorio:

Computadora

Material de Impresión:

Insumos de reciclaje, Tóner para la copiadora e impresora.

Existentes: hojas, lápiz, bolígrafos, goma, copias, engargolados y libros

Adquisición de bibliografía

Internet

Insumos para la elaboración de materiales

Impresiones

Fotocopiado

Tipeo

PRESUPUESTO

Los gastos que se generaron del presente trabajo corrieron a cargo del responsable de la investigación.

Gastos directos: papelería, gasolina y pasajes.

Gastos indirectos: Impresión de tesis.

Gasto monetario: \$ 20,000.00

X. RESULTADOS

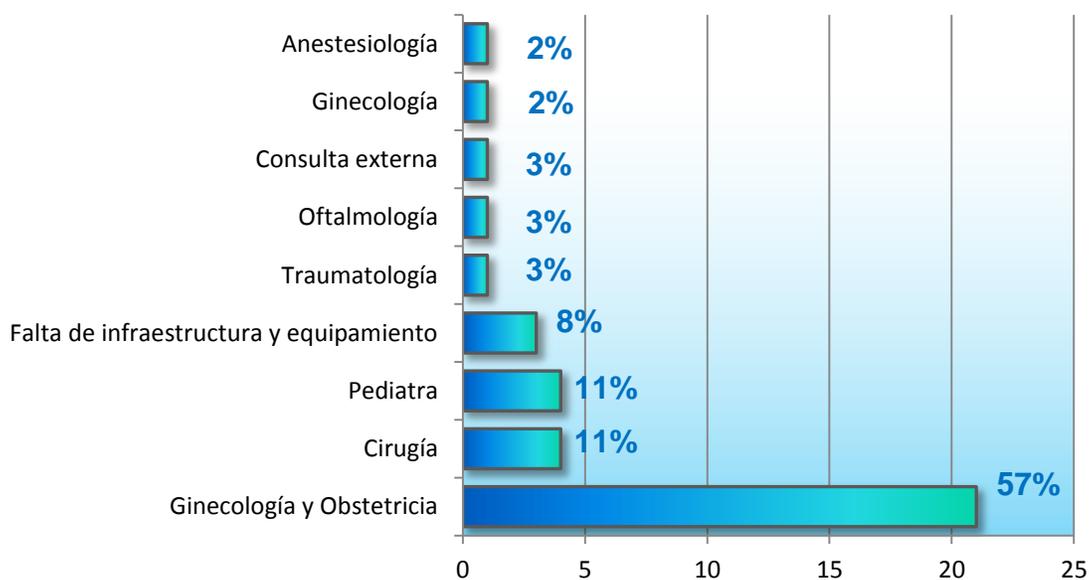
Especialidades médicas involucradas en las recomendaciones: se revisaron un total de 37 Recomendaciones del año 2000 al 2010, la proporción de quejas relacionadas con los servicios médicos, corresponden a las siguientes especialidades: Ginecología y Obstetricia con 21 Recomendaciones (57%), el área de cirugía con 4 casos (11%), pediatría también con 4 (11%), el servicio de traumatología y ortopedia 1 (3%), oftalmología 1 (3%), consulta externa 1 (3%) y ginecología 1 (2%) y el servicio de anestesiología con 1 caso (2%). Finalmente por la falta de infraestructura y equipamiento de las unidades médicas que conforman el Instituto de Salud fueron 3 recomendaciones (8%).

Cuadro N° 1 Especialidades médicas e infraestructura de los hospitales y centros de salud del ISEM, con Recomendaciones de la CODHEM, 2000-2010.

Especialidades Médicas con Recomendaciones	N°	%
Ginecología y Obstetricia	21	57 %
Cirugía	4	11 %
Pediatra	4	11 %
Falta de infraestructura y equipamiento	3	8%
Traumatología	1	3%
Oftalmología	1	3 %
Consulta externa	1	3 %
Ginecología	1	2 %
Anestesiología	1	2 %
Total	37	100%

Fuente: Expedientes de queja en el área de Asuntos Médico Legales del ISEM, 2000-2010.

Gráfica N° 1 Especialidades médicas e infraestructura de los hospitales y centros de salud del ISEM, con Recomendaciones de la CODHEM, 2000-2010.



Fuente: Cuadro N° 1

Motivos de queja o errores médicos en Ginecoobstetricia: Debido a la cantidad de recomendaciones en la especialidad de Ginecoobstetricia, se realizó un análisis por separado de las quejas que les dieron origen. De acuerdo a los principales errores médicos detectados y los resultados, el origen de las recomendaciones se engloban en las siguientes causales:

I) Deficiencia en los criterios y omisiones: la gran mayoría de recomendaciones ocurrieron durante el proceso de la atención médica, con valoraciones deficientes, acciones erróneas, decisiones desacertadas y omisiones graves.

II) Falta de comunicación y coordinación médica: lo que destaca en esto es la delegación de funciones hacia personal becario carente de experiencia y conocimientos, sin la supervisión correspondiente del médico adscrito.

III) Deficiencia en la comunicación y relación médico paciente: en la gran mayoría de las inconformidades predominó la falta de comunicación y relación médico paciente, se detectó la falta de información precisa hacia el paciente o familiar,

IV) Deficiencia en la integración de expedientes clínicos: normalmente este es un problema general difícil de corregir; en ginecoobstetricia se detectaron bastantes expedientes clínicos con una deficiencia en su integración, incluso en uno se reporta la falta de un partograma, siendo este un documento esencial y fundamental para la monitorización y la atención del parto.

V) Falta de infraestructura, recursos materiales y humanos; en varias de las quejas se señala la falta de recursos humanos principalmente médico especialista en ginecoobstetricia aun en unidades de maternidad.

Cabe señalar que aunque son 21 recomendaciones en la especialidad de ginecoobstetricia, algunas pacientes presentaron una o más causas. Dentro de las principales causas y errores que dieron origen a las quejas y recomendaciones, se encuentra principalmente los siguientes

Rechazo de pacientes en trabajo de parto con valoración ginecoobstétrica inadecuadas y deficientes; realizadas principalmente en la consulta externa por médicos generales y en médicos becarios en formación (residentes, de servicio social e internos de pregrado) en un total de 10 pacientes con un 31%.

Falta de seguimiento y monitorización en pacientes internadas u hospitalizadas; pacientes con trabajo de parto, en el área de tococirugía en las que existió retardo en su valoración, motivo por el cual no se detectó *sufrimiento fetal agudo*, en forma oportuna; 5 casos con un 15%.

Deficiencia en la técnica quirúrgica; respecto de estas causas existieron 3 casos (9%) los errores cometidos y detectados durante las cesáreas fueron: laceración de cérvix no corregido, lesión de arteria uterina y uréter, así como dehiscencia de histerorrafia.

Demora en la realización de las intervenciones quirúrgicas: cesáreas tardías e inoportunas en pacientes con sufrimiento fetal agudo. Se detectaron 2 casos 6%.

Olvido de restos placentarios en cavidad uterina; con 2 casos 6%.

Olvido de compresas en cavidad abdominal; con 2 casos 6%.

Referencia de pacientes ineficiente: embarazada, recién nacidos y/o madre sin el apoyo correspondiente, con 2 casos 6%.

Deficiencias en la atención de parto; con maniobras incorrectas de extracción del producto de la concepción, por personal no especializado, debido a la delegación de funciones del médico de base al residente y del residente al interno de pregrado, en los que la Comisión observó la falta de supervisión por parte de los médicos adscrito o de base, con 2 casos 6%.

Se detectó con 1 caso (3%) los siguientes errores médicos:

Conducción de un trabajo de parto sin valorar una desproporción cefalo pélvica;
Atención de parto normal en una paciente con presentación podálica del producto;

Paciente sin vigilancia postquirúrgica: en la que no se detecto oportunamente atonía uterina y hemorragia;

Egreso hospitalario precoz binomio madre e hijo;

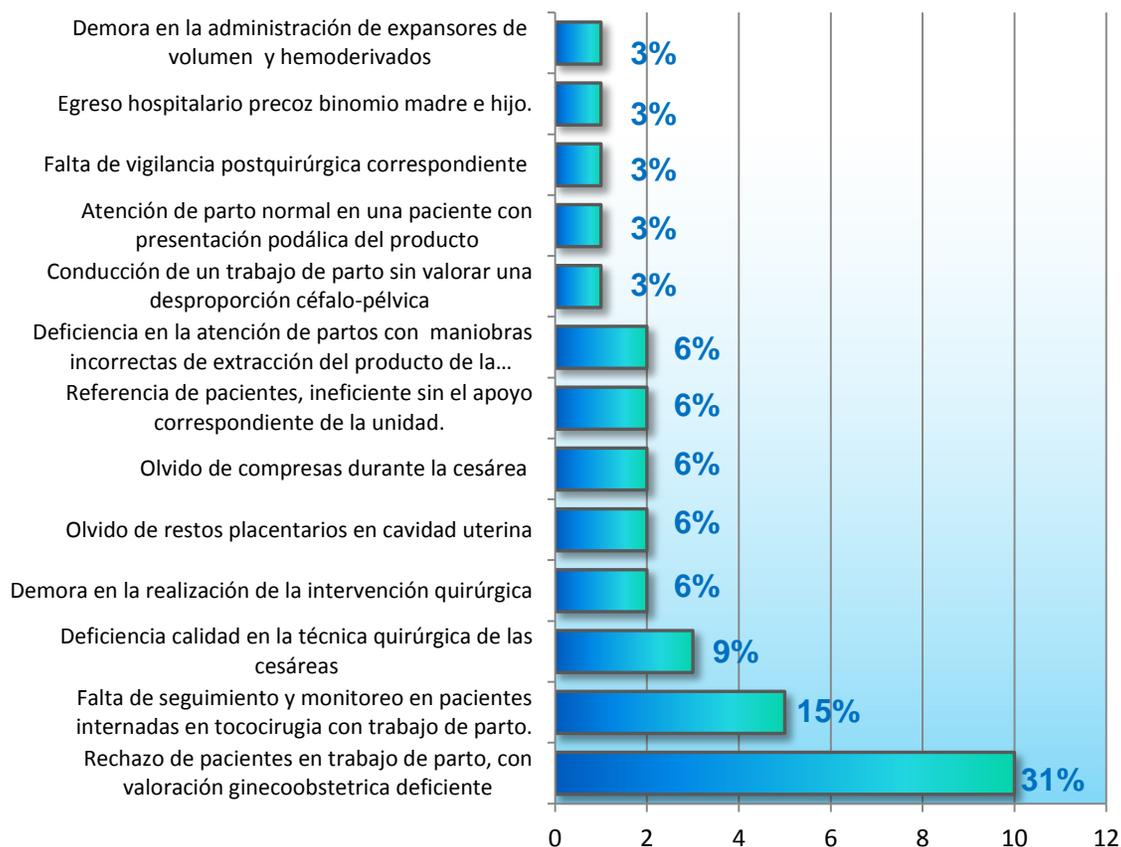
Demora en la aplicación de expansores de volumen ante una hemorragia severa;

Cuadro N° 2. Motivos de queja o errores médicos en Ginecoobstetricia, en hospitales y centros de salud del ISEM, 2000-2010.

Errores Médicos en ginecoobstetricia	N°	%
Rechazo de pacientes en trabajo de parto, con valoración ginecoobstetrica deficiente	10	31%
Falta de seguimiento y monitoreo en pacientes internadas en tococirugia con trabajo de parto.	5	15%
Deficiencia calidad en la técnica quirúrgica de las cesáreas	3	9%
Demora en la realización de la intervención quirúrgica (cesárea)	2	6%
Olvido de restos placentarios en cavidad uterina	2	6%
Olvido de compresas durante la cesárea	2	6%
Referencia de pacientes, ineficiente sin el apoyo correspondiente de la unidad.	2	6%
Deficiencia en la atención de partos con maniobras incorrectas de extracción del producto de la concepción.	2	6%
Conducción de un trabajo de parto sin valorar una desproporción céfalo-pélvica	1	3%
Atención de parto normal en una paciente con presentación podálica del producto	1	3%
Falta de vigilancia postquirúrgica correspondiente	1	3%
Egreso hospitalario precoz binomio madre e hijo.	1	3%
Demora en la administración de expansores de volumen y hemoderivados	1	3%
Total	33	100%

Fuente: Expedientes de queja en el área de Asuntos Médico Legales del ISEM, 2000- 2010.

Gráfica N° 2 Motivos de queja o errores médicos en Ginecoobstetricia, en hospitales y centros de salud del ISEM, 2000-2010.



Fuente: Cuadro N° 2

Los eventos adversos en ginecoobstetricia: como resultado de los errores médicos cometidos en la atención de las pacientes ginecoobstétricas de acuerdo con la Comisión, se detectaron los siguientes: óbitos fetales 6 (28%) de estos; cuatro se suscitaron antes de ingresar a la clínica u hospital y dos dentro de la unidad médica. Muertes del recién nacido 6 (29%). Partos fortuitos 4 (19%), de estos; dos en la vía pública fuera de la unidad médica, uno en un taxi y el otro en los baños de la clínica. Complicaciones maternas 3 (14%) dentro de éstas; una paciente presentó hemoperitoneo y hematoma retroperitoneal, requirió varias intervenciones quirúrgicas(histerectomía, salpingooforectomia, esplenectomía) y una estancia hospitalaria prolongada.

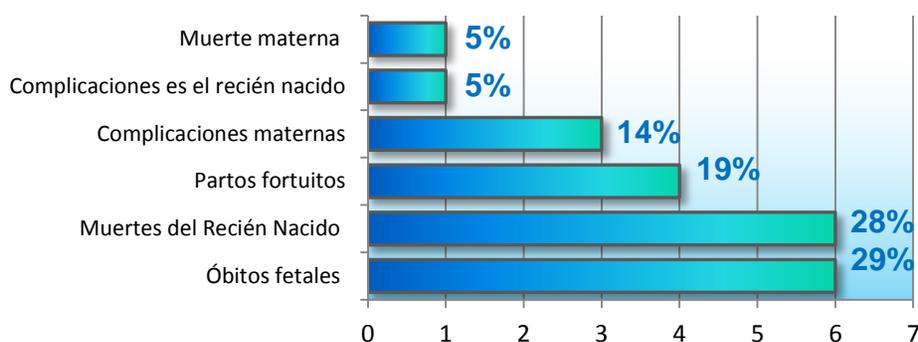
Otra paciente presentó hemoperitoneo y sepsis con la que hubo necesidad de realizar resección intestinal, una más presento una fistula rectovaginal. Complicaciones del recién nacido 1 (5%) el producto de la concepción presentó fractura de clavícula por las maniobras durante la atención del parto. Muertes maternas 1 (5%), la paciente presentó dehiscencia de histerorrafia, atonía uterina, hemorragia y fallecimiento.

Cuadro N° 3 Eventos adversos en Ginecoobstetricia en hospitales y centros de salud del ISEM 2000-2010

Eventos Adversos	N°	%
Óbitos fetales	6	29%
Muertes del Recién Nacido	6	28%
Partos fortuitos	4	19%
Complicaciones maternas	3	14%
Complicaciones en el recién nacido	1	5%
Muerte materna	1	5%
Total	21	100%

Fuente: Expedientes de queja en el área de Asuntos Médico Legales del ISEM, 2000- 2010.

Gráfica N° 3 Eventos adversos en Ginecoobstetricia en hospitales y centros de salud del ISEM 2000-2010



Fuente: Cuadro N° 3

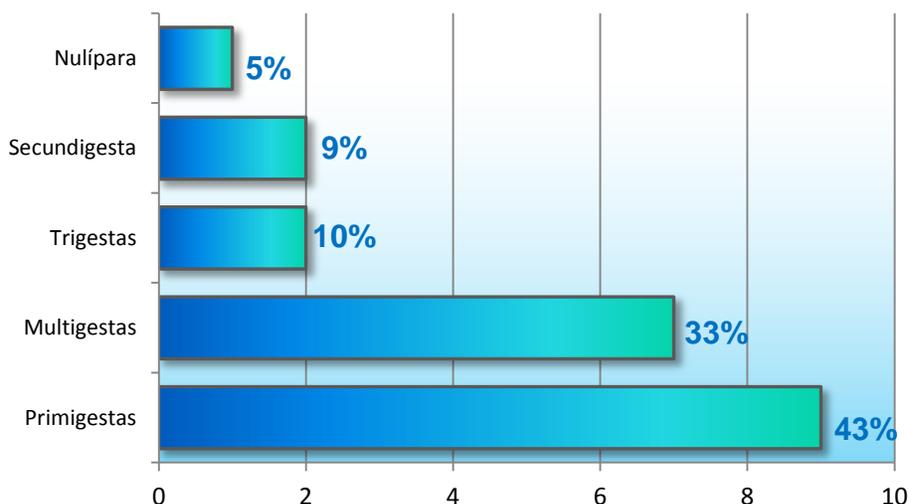
Paridad de las pacientes: de las pacientes Ginecoobstétricas relacionadas con las quejas y recomendaciones; en 9 pacientes correspondió a su primer embarazo, primigestas con un 43%; 7 a multigestas con un 33%; 2 a trigestas en un 10%; 2 a secundigestas 9% y 1 nulípara 5%.

Cuadro N° 4 Paridad de las pacientes en ginecoobstetricia con recomendaciones en hospitales y centros de salud del ISEM 2000-2010.

Paridad de las Pacientes	N°	%
Primigestas	9	43%
Multigestas	7	33%
Trigestas	2	10%
Secundigesta	2	9%
Nulípara	1	5%
Total	21	100%

Fuente: Expedientes de queja en el área de Asuntos Médico Legales del ISEM, 2000- 2010.

Gráfica N° 4 Paridad de las pacientes en ginecoobstetricia con recomendaciones en hospitales y centros de salud del ISEM 2000-2010



Fuente: Cuadro N° 4

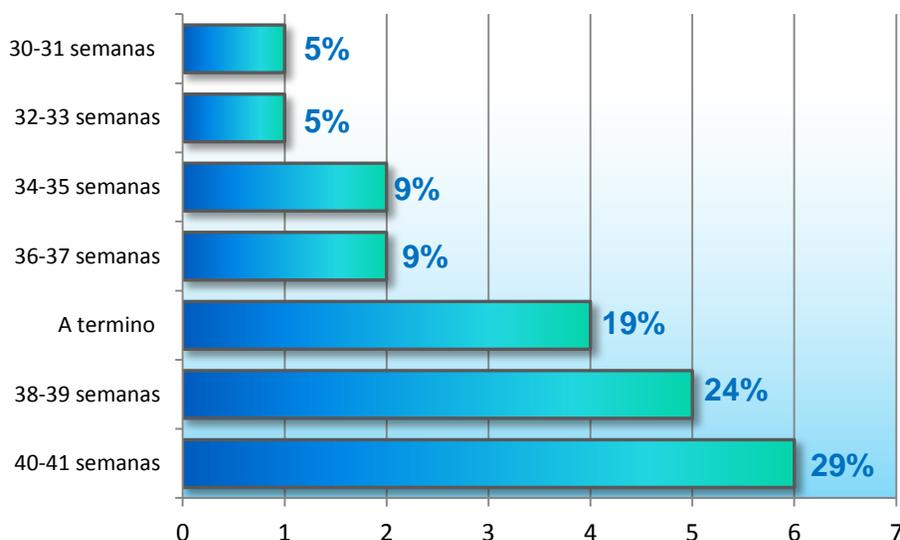
La edad gestacional de los productos al momento de la queja recomendación; de 40-41 semanas de gestación fueron 6 con un 29%; de 38-39 semanas de gestación 5 con un 24%; en 4 casos se refiere el producto a término con un 19% sin especificar exactamente las semanas; de 36-37 semanas 2 casos con un 9%; de 34 a 35 semanas 2 con un 9%; de 32-33 semanas 1 caso con un 5% y de 30-31 semanas 1 caso con un 5%.

Cuadro N ° 5 Edad gestacional de los productos al momento de la queja en pacientes ginecoobstetras de los hospitales y centro de salud del ISEM, 2000-2010.

Edad gestacional de los productos	N°	%
40-41 semanas	6	29%
38-39 semanas	5	24%
A termino	4	19%
36-37 semanas	2	9%
34-35 semanas	2	9%
32-33 semanas	1	5%
30-31 semanas	1	5%
Total	21	100%

Fuente: Expedientes de queja en el área de Asuntos Médico Legales del ISEM, 2000- 2010.

Gráfica N° 5 edad gestacional de los productos al momento de la queja en pacientes ginecoobstetras de los hospitales y centro de salud del ISEM, 2000-2010



Fuente: Cuadro N° 5

Errores médicos y eventos adversos en pacientes hospitalizados: Los errores médicos y sus resultados en pacientes hospitalizados en las especialidades de: cirugía, pediatría, anestesiología, traumatología y ortopedia y ginecología, fueron principalmente por deficiencia en los criterios u omisiones.

La deficiencia en la valoración clínica y monitoreo para hacer un buen diagnóstico y tratamiento en pacientes internados fue una de las primordiales causas 6 (38%), los padecimientos en los cuales no se integro correctamente un diagnóstico fueron: deshidratación, abdomen agudo por apendicitis y pancreatitis, neumonía, tamponade cardiaco, hemoneumotorax, hematoma vesical postraumático, infección de herida y colpohematometra.

Se detectaron 2 casos (12%) la solicitud de interconsulta a especialistas fue inoportuna y tardía, de estos un paciente con tamponade cardiaco y hemoneumotorax falleció; el otro paciente con un traumatismo ocular perdió un ojo y el retardo de valoración oftalmológica estuvo en riesgo de perder el otro.

En un caso (7%) no hubo vigilancia posanestésica hasta revertir completamente los efectos anestésicos, ni vigilancia postquirúrgica y el paciente quedo en estado de coma y falleció.

Hubo varios casos con un 6%: uno se debió a factores inherentes al paciente por alergia no conocida a medicamentos por la administración de vitamina en solución intravenosa, presentando un shock anafiláctico severo, hubo falla en el tratamiento para revertirlo, la paciente falleció.

En un caso de pediatría un menor con deshidratación no fue canalizado debido a la impericia para canalizar una vena o venodisección, el menor falleció.

En un recién nacido prematuro con dos meses de estancia hospitalaria, fallo la valoración oportuna por el servicio de oftalmología y la práctica de la prueba del Tamiz en RN. El menor quedo con ceguera total y retraso psicomotor

En un recién nacido prematuro hubo deficiencia en la referencia se hizo con los propios medios del familiar, el menor falleció en su traslado.

En una paciente pediátrica se integro erróneamente un diagnostico de tumoración en hueso pélvico, colpohematometra y se le practicada salpingectomía sin el consentimiento respectivo.

Retardo en la referencia del paciente, con falta de infraestructura, recursos material y humanos.

Finalmente se omitió también girar indicaciones médicas por parte del médico para movilización de paciente.

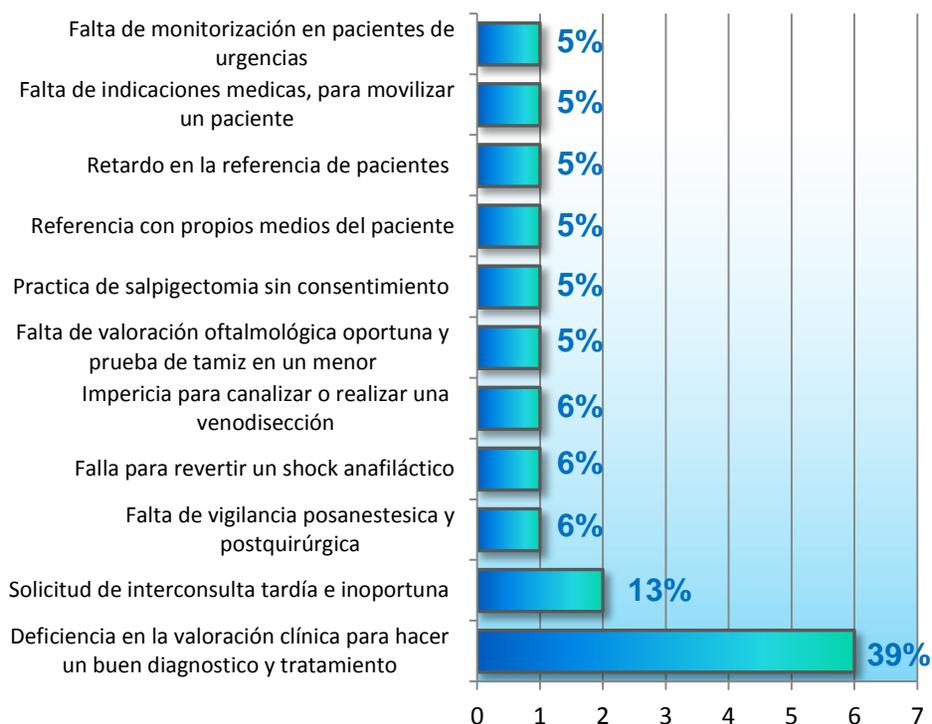
Por deficiencia en el registro e integración del expediente clínico se detectaron dos casos.

Cuadro N° 6 Errores médicos en pacientes internados en hospitales y centros de salud del ISEM, 2000-2010.

Errores médicos en pacientes hospitalizados	N°	%
Deficiencia en la valoración clínica para hacer un buen diagnostico y tratamiento	7	39%
Solicitud de interconsulta tardía e inoportuna	2	13%
Falta de vigilancia posanestésica y postquirúrgica	1	6%
Falla para revertir un shock anafiláctico	1	6%
Impericia para canalizar o realizar una venodisección	1	6%
Falta de valoración oftalmológica oportuna y prueba de tamiz en un menor	1	5%
Practica de salpingectomia sin consentimiento	1	5%
Referencia con propios medios del paciente	1	5%
Retardo en la referencia de pacientes	1	5%
Falta de indicaciones medicas, para movilizar un paciente	1	5%
Falta de monitorización en pacientes de urgencias	1	5%
Total	17	100%

Fuente: Expedientes de queja en el área de Asuntos Médico Legales del ISEM, 2000-2010.

Gráfica N° 6 Errores Médicos en pacientes internados en hospitales y centros de salud del ISEM, 2000-2010



Fuente: Cuadro N° 6

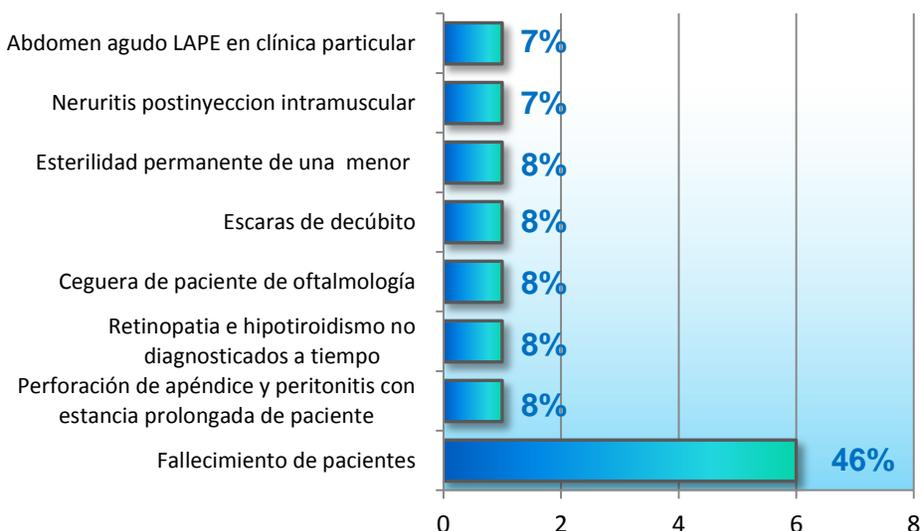
Los eventos adversos en pacientes internados en hospitales y centros de salud del SEM: hubo 6 pacientes fallecidos que no se diagnosticaron y trataron correctamente; paciente con abdomen agudo con perforación de apéndice y peritonitis con estancia hospitalaria prolongada, ceguera total y permanente del RN por retinopatía de prematuro e hipotiroidismo no detectados oportunamente, ceguera del paciente de oftalmología, escaras de decúbito por falta de movilización del paciente, esterilidad de una paciente menor de edad por salingectomia, neuritis por inyección intramuscular

Cuadro N°7 Eventos adversos en paciente internados en hospitales y centros de salud del ISEM, 2000-2010.

Eventos adversos en pacientes hospitalizados	N°	%
Fallecimientos de pacientes	6	46%
Perforación de apéndice y peritonitis	1	8%
Retinopatía e hipotiroidismo no diagnosticados a tiempo	1	8%
Ceguera de paciente de oftalmología	1	8%
Escaras de decúbito por estancia prolongada en hospital	1	8%
Esterilidad permanente de una menor	1	8%
Neruritispostinyeccion intramuscular	1	7%
Abdomen agudo no diagnosticado	1	7%
Total	13	100%

Fuente: Expedientes de queja en el área de Asuntos Médico Legales del ISEM, 2000-2010.

Grafica N° 7 Eventos adversos en paciente internados en hospitales y centros de salud del ISEM, 2000-2010



Fuente: Cuadro 7

De los errores del personal de enfermería.

Pacientes que sufrieron una infección o peritonitis abdominal post quirúrgica debido a olvido de gasas o compresas en cavidad abdominal.

Falta de movilización en paciente con estancia hospitalaria prolongada.

Aplicación deficiente o falla en la técnica para aplicar inyecciones intramusculares.

Eventos adversos Pacientes con prolongada estancia hospitalaria y múltiples intervenciones quirúrgicas:

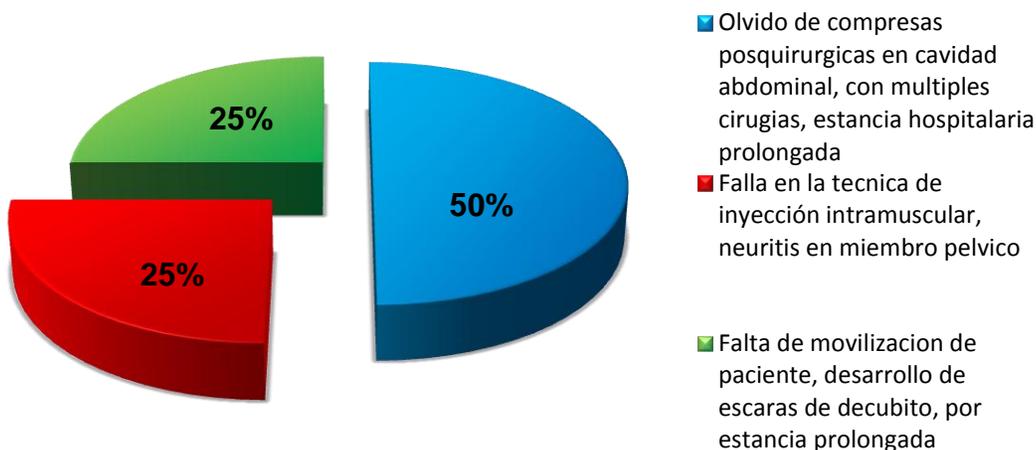
Escaras de decúbito, paciente con múltiples intervenciones quirúrgicas y Provocación de neuritis pos inyección.

Cuadro N° 8. Errores del personal de enfermería en pacientes internados en hospitales y centros de salud del ISEM, 2000-2010.

Errores del personal de enfermería	N	%
Olvido de compresas en cavidad abdominal	2	50%
Falta de movilización de pacientes de estancia hospitalaria prolongada	1	25%
Falla de la técnica de inyección intramuscular	1	25%
Total	4	100%

Fuente: Expedientes de queja en el área de Asuntos Médico Legales del ISEM, 2000-2010.

Gráfica N° 8. Errores del personal de enfermería en pacientes internados en hospitales y centros de salud del ISEM, 2000-2010.



Fuente: Cuadro N° 8

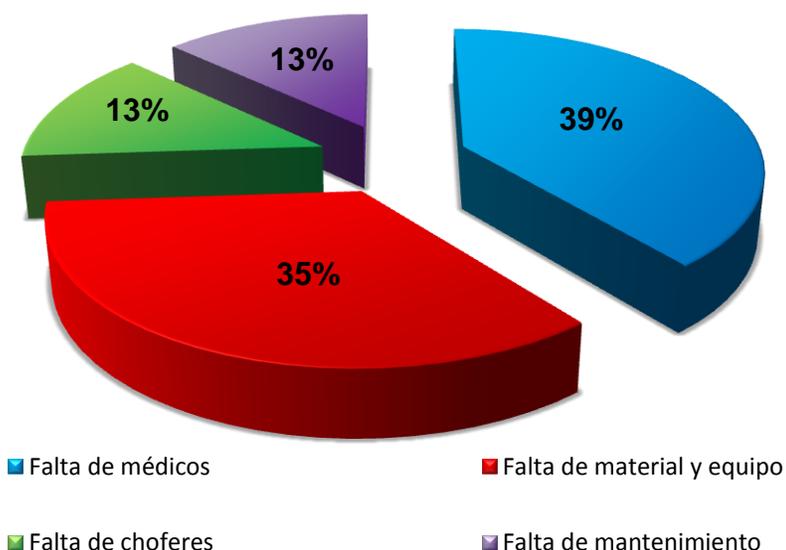
Quejas por la administración de los servicios de salud; 9 quejas por falta de médicos: ginecólogos, pediatras, anesestesiólogos, oftalmólogo, médicos generales 39%, 8 quejas por falta de insumos o equipo en el hospital (punzocat, sueros, hemoderivados, ventiladores, ambulancias, endoscopia, equipo de ultrasonido, incubadora), 35%, en 3 pacientes no recibieron una atención adecuada por retraso en su traslado a otro nivel de atención; por la referencia del paciente con sus propios medios sin apoyo de ambulancia o choferes para conducirla 13%; 3 quejas por falta de recursos de las unidades médicas 13%, de estas 2 fueron hospitalarias y 1 por condiciones de centros de salud.

Cuadro N° 9 Quejas por la administración de servicios de salud en hospitales y centros de salud del ISEM, 2000-2010.

Por la administración de los servicios de salud	N°	%
Falta de médicos: Ginecólogos, pediatras, anesestesiólogos, oftalmólogo, médicos generales	9	39%
Por falta de material y equipo: punzocat, hemoderivados, ventiladores, rayos X, incubadora, terapia intensiva, laboratorio, banco de sangre y ultrasonido	8	35%
Por falta de choferes y ambulancias para trasladar pacientes	3	13%
Por falta de mantenimiento de las unidades médicas	3	13%
Total	23	100%

Fuente: Expedientes de queja en el área de Asuntos Médico Legales del ISEM, 2000-2010.

Gráfica N° 9 Quejas por la administración de servicios de salud en hospitales y centros de salud del ISEM, 2000-2010.



Fuente.- Cuadro N° 9

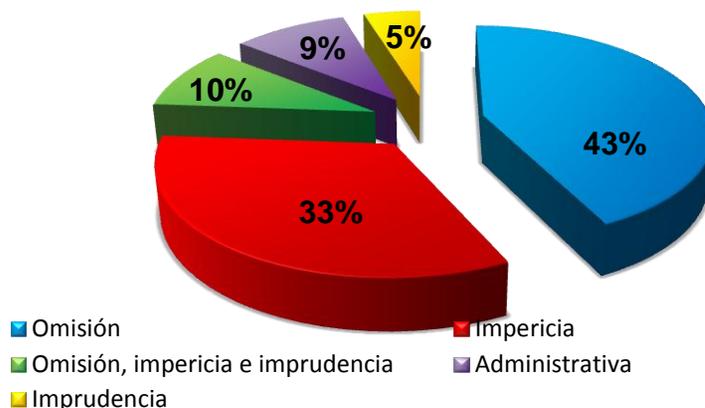
Tipo de responsabilidad: detectada por la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México en las 37 Recomendaciones: en 16 la Comisión observó omisión e impericia, en 9 hubo omisión, en 7 impericia, en 2 omisión, impericia e imprudencia, en 2 hubo responsabilidad administrativa y en 1 se observó únicamente imprudencia.

Cuadro N° 10 Tipo responsabilidad encontrada según la CODHEM en las Recomendaciones al ISEM, 2000-2010.

Tipo de responsabilidad	N°	%
Omisión	9	43%
impericia	7	33%
Omisión, impericia e imprudencia	2	10%
Administrativa	2	9%
Imprudencia	1	5%
Total	21	100%

Fuente: Expedientes de queja en el área de Asuntos Médico Legales del ISEM, 2000-2010.

Gráfica N° 10 Tipo responsabilidad encontrada según la CODHEM en las Recomendaciones al ISEM, 2000-2010



Fuente: Cuadro N° 10

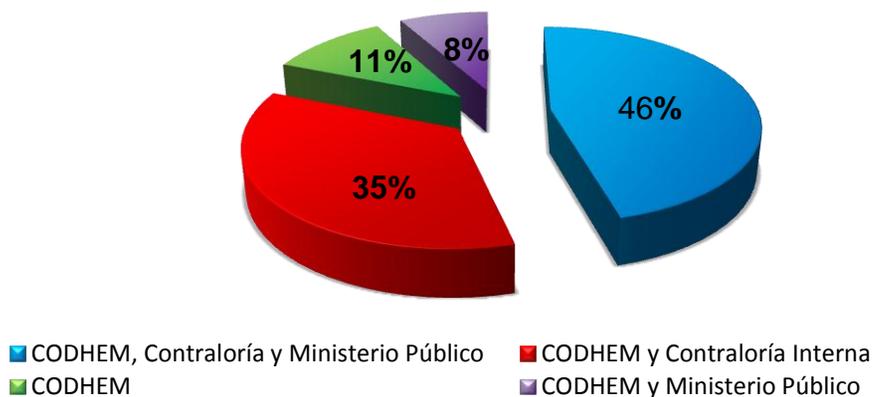
Autoridades que tuvieron conocimiento de la queja: Ministerios Públicos y Contraloría Interna del ISEM, aparte de la CODHEM.

Cuadro N° 11 Autoridades que intervinieron aparte de la Comisión de Derechos Humanos en las Recomendaciones al ISEM, 2000-2010.

Autoridades que intervinieron en la Recomendación	N°	%
Contraloría y Ministerio Público	17	46%
Contraloría Interna	13	35%
Ninguna otra autoridad	4	11%
Ministerio Público	3	8%
Total	37	100%

Fuente: Expedientes de queja en el área de Asuntos Médico Legales del ISEM, 2000-2010.

Gráfica N° 11 Autoridades que intervinieron aparte de la Comisión de Derechos Humanos en las Recomendaciones al ISEM, 2000-2010.



Fuente: Cuadro N° 11

XI. INTERPRETACION Y ANALISIS

La mortalidad materna sigue siendo un grave problema de salud pública, no obstante que en el presente estudio se comprobó que aunque la mayoría de las Recomendaciones, fueron en la materia de ginecoobstetricia, solo hubo una muerte materna; lo cierto es que dada la gravedad de las quejas, la mayoría de las pacientes estuvieron en riesgo; cabe mencionar, que el Plan de Desarrollo 2007-2012 contempló que para reducir la mortalidad materna e infantil se aplicaran medidas preventivas, como una buena alimentación, la vigilancia de posibles factores de riesgo, un ambiente higiénico al momento de dar a luz, así como acceso a la atención rápida y eficaz en caso de urgencia.

Las causas que dieron origen a las recomendaciones, se encierran en cinco causales: deficiencia en los criterios de atención y omisiones en el manejo de las pacientes, falta de comunicación y coordinación médica; deficiencia en la comunicación y relación médico paciente, deficiencia en la integración de expedientes clínicos y la falta de recursos humanos e infraestructura

De acuerdo al resultado se comprobó que una de las principales causas de las quejas y recomendaciones, fue el *rechazo de las pacientes* ginecoobstétricas en la fase final del embarazo durante el trabajo de parto, incluso según una de las quejas se usó la fuerza para sacar a la paciente fuera de la unidad médica. Las valoraciones que realizaron los profesionistas en ese momento fueron deficientes e inadecuadas, dando lugar a *partos fortuitos*, los cuales se tuvieron en la intemperie, en un vehículo o en el propio baño de la unidad médica, y además dieron origen a eventos adversos inexcusables como fueron la muerte de los productos de la concepción (*óbitos fetales*).

En pacientes hospitalizadas en el servicio de ginecoobstetricia se advierte que hubo esa falta de seguimiento y monitorización que requieren las pacientes durante su estancia en el área de tococirugia, a efecto de detectar en forma oportuna la presencia de sufrimiento fetal del producto, que permitiera la intervención quirúrgica inmediata. Las valoraciones al igual que en la consulta externa fueron tardías, inadecuadas y deficientes.

Las intervenciones quirúrgicas (cesáreas) se realizaron tardíamente, con técnicas que quizás no fueron las más adecuadas o eficientes, ya que se reportaron en las pacientes dehiscencia de histerorrafia, olvido de restos placentarios en cavidad uterina y de compresas en cavidad abdominal, además de una falta de vigilancia postquirúrgica, lo que trajo como consecuencia complicaciones graves y estancias prolongadas intrahospitalarias, exponiendo a mayores riesgos al binomio madre e hijo.

En la aplicación de partos se observa una deficiencia en la atención de los mismos, principalmente en aquellos atendidos por personal becario no especializado; médicos residentes, pasantes en servicio social e internos de pregrado, así como médicos generales, debido a la ausencia de especialistas o

a la delegación de funciones, con maniobras incorrectas para la extracción del producto de la concepción.

En resumen, en el servicio de ginecoobstetricia la mayoría de los eventos adversos fueron por causas humanas, médico-paciente, cierto es que en algunos tuvo intervención la administración de los servicios de salud por carencia de recursos humanos e insumos, principalmente de especialistas en la materia.

En pacientes hospitalizados de otras especialidades, los principales errores médicos cometidos, fueron por deficiencia en los criterios u omisiones del personal médico, hubo equivocación del juicio clínico del médico, falla o exactitud en la clínica; los criterios clínicos o procedimientos fueron incorrectos para diagnosticar padecimientos claves como fueron apendicitis, neumonía, pancreatitis, tamponade cardíaco, hemoneumotorax y hematoma vesical postraumático, no hubo un seguimiento preciso del padecimiento con una protocolización adecuada, conforme a la clínica, se tomaron decisiones incorrectas, sin considerar las evidencias, hubo solicitudes de interconsulta y valoraciones por especialistas tardías, referencia de pacientes tardías.

La mayoría de los errores tuvieron su origen durante el proceso de atención, como quedó comprobado con los resultados. Sin embargo hubo algunos casos por problemas estructurales y falta de recursos humanos y materiales en el ISEM; falta de insumos o equipo en los hospitales desde un punzocat, sueros, hemoderivados, ventiladores, ambulancias, endoscopia, equipo de ultrasonido e incubadora, los pacientes no recibieron una atención adecuada por retraso en su traslado a otro nivel de atención con repercusiones graves.

XII. CONCLUSIONES

Uno de los grandes retos del equipo de salud del ISEM, es tratar siempre de mejorar la calidad de la atención que se ofrece, principalmente en materia Ginecoobstetricia, especialmente a las mujeres embarazadas y durante el trabajo de parto en evolución, ya que en el estudio se confirmó que en esta especialidad se emitieron mas recomendaciones, pero esto quizás no es solo a través de mejorar la técnica de la atención, sino también *humanizando* este proceso. Durante la atención del parto es sabido que las mujeres reciben una amplia variedad de maltratos, con frases que carecen de un actitud moral y de respeto, humillaciones tanto sexuales como reproductivas, que violan sus derechos humanos y que se relacionan con la estructura de los servicios de ginecoobstetricia, así como con la forma en que se considera a las mujeres, particularmente en aquellas que tienen mayor vulnerabilidad social.

Durante el análisis de las quejas y recomendaciones en la especialidad de Ginecoobstetricia se observo que la mujer es sometida a una atención automatizada y deshumanizada, carente de acciones que reflejen el sentido humano de la atención. El embarazo y el parto son etapas importantes en la vida de las mujeres que dejan una huella imborrable, cuya experiencia se relaciona con el impacto de diversas situaciones que giran en torno a ello. Toda mujer tiene derecho a recibir una atención de calidad durante su trabajo de parto, con sentido humano y con respeto a su dignidad, sin embargo, como se puede observar, en el análisis de las Recomendaciones en esta materia la atención médica dejó mucho que desear.

Cabe señalar que en la mayoría de las Recomendaciones motivo del estudio, la Comisión de Derechos Humanos encontró en cada una de ellas, responsabilidad médica bajo alguna situación de impericia, imprudencia, omisión o negligencia y en algunas de ellas hasta dos o tres actos, lo que comprueba que el personal médico actuó sin haber cumplido con las reglas del arte y las ciencias médicas, además de no haber realizado todo lo que estuvo al alcance de las condiciones concretas de su medio de trabajo, con el fin de obtener un diagnóstico oportuno y prestar la mejor atención a las personas.

También se detectó que en un gran número de las Recomendaciones intervinieron otras instancias como fue la Contraloría Interna del ISEM y la Procuraduría General de Justicia del Estado de México; cabe señalar, que la Comisión de Derechos Humanos en sus puntos recomendatorios, pide se de vista a estas dependencias en el caso de que aun no se haya iniciado el procedimiento respectivo, aunque se desconoce el resultado de las demandas en estas instancias administrativa y penal, ya que no es posible dar seguimiento, sin embargo queda claro que esto significa iniciar en cada una de estas dependencias, otro procedimiento de investigación, que dependiendo del resultado puede haber sanciones administrativas y/o penales, para los profesionistas involucrados en la queja.

Independientemente de la labor que compete a los profesionistas de la salud, definitivamente es necesario resolver los problemas estructurales, casi todos ellos posibles de identificar y potencialmente de resolver. Sin embargo en caso de que se logre el aseguramiento universal de la salud en el país con el Seguro Popular, esto significará un sistema de salud más complejo del que se tiene, actualmente; cabe señalar, que para conservar e incrementar el aseguramiento logrado, será necesario resolver otros problemas de fondo como es el desempleo, mantener el crecimiento económico, seguir aportando fondos públicos y mejorar la gestión del presupuesto destinado a la salud, también para lograr un sistema de salud óptimo hace falta una planeación y visión a futuro, en el que hay que considerar el dinamismo del comportamiento de la población, características epidemiológicas y su ubicación para ofrecer un acceso relativamente más fácil a los usuarios.

Cierto es que los sistemas son importantes para los profesionales de la salud, pero no bastan, estos son solo mecanismos potenciadores, lo esencial para el éxito de un sistema, es la dimensión ética de los individuos, a fin de cuentas, el secreto de la calidad de la atención es que el médico ame su profesión.

La salud es una misión sagrada. Es una empresa moral y científica, pero no una empresa comercial. No obstante ser una actividad científica, esta no debe perder su cariz humano, al contrario hay pacientes a los que hay que procurar con un trato digno, considerarlos como personas afligidas de su salud, y que se encuentran ávidos de que alguien los atienda.

Para concluir con las sabias palabras del maestro cardiólogo Ignacio Chávez, acordes al tema *“La moral médica empieza justamente en prestar al enfermo el servicio mejor que la medicina ofrezca, en responder a la confianza del enfermo que se entrega, con los elementos mas eficaces que la medicina tenga, que el limite de la capacidad de ayuda que preste el médico, sea el que haya alcanzado los conocimientos de su tiempo y no de otro atrás que le fije su ignorancia”*.

XIII. SUGERENCIAS

XIII. 1 SUGERENCIAS EN GINECOOBSTETRICIA

Debido a la cantidad de Recomendaciones en la especialidad de ginecoobstetricia, es necesario hacer un apartado especial con algunas sugerencias en esta materia.

De acatar las siguientes sugerencias y brindar la atención con los procedimientos adecuados que no comprometan la vida de la mujer y del niño, sin duda, mejorarían los servicios de salud y disminuiría el número de quejas, porque los médicos se preocuparán por no dar lugar a ellas y las pacientes ante un trato y explicación concreta de su situación, tendrían conciencia de no presentar quejas inútiles.

A continuación se mencionan nueve recomendaciones en esta materia, propuestas por la CONAMED, que se consideran acertadas y en la medida que se atiendan en el ISEM, de acuerdo al nivel de atención y a la disponibilidad, de recursos de las unidades médicas, se tiene la seguridad de que mejorara la atención ginecoobstetrica.

1.-El embarazo, parto y puerperio deben ser atendidos por personal capacitado y debidamente autorizado, otorgar la atención con los recursos humanos y materiales posibles, suficientes y adecuados.

- Todo embarazo de **alto riesgo debe ser atendido por médico especialista en ginecología y obstetricia**, en una unidad con la capacidad de solución adecuada.
- Asegurar la actualización continúa para mejorar el nivel de conocimientos y destrezas para un mejor desempeño profesional.
- Tomar en cuenta los lineamientos establecidos por la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio, y por la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico

2.- Valorar integralmente cada caso durante la atención prenatal e identificar las pacientes con alto riesgo.

Elaborar e integrar cuidadosamente el expediente clínico completo.

1. Valorar el riesgo reproductivo y obstétrico

- Dar seguimiento a las variables clínicas de acuerdo a lo indicado en la NOM-007-SSA2-1993 (numeral 5.1.6), para la detección temprana de las complicaciones más frecuentes y relevantes.

3.- Estrechar la vigilancia prenatal durante el tercer trimestre de la gestación.
Citar a las pacientes a revisión cuantas veces la clínica lo indique necesario.

- Utilizar las guías clínicas reconocidas para la detección oportuna y prevención de las complicaciones del embarazo.
- Valorar cada caso en particular y cada momento específico de la gestación.
- Evitar el uso rutinario de las evaluaciones clínicas y estudios para clínicos que no tengan justificación.

4.- Procurar la mejor atención obstétrica A2

- Detectar los casos que requieran manejo por especialidad, o un mayor nivel de capacidad resolutive.
- Derivar oportunamente el nivel de atención adecuado para la resolución del embarazo según el riesgo identificado.
- Contar o disponer del equipo necesario para vigilancia y traslado oportuno

5.- Establecer el mejor plan de nacimiento

- Elegir cuidadosamente la vía de nacimiento más apropiada, parto o cesárea, de acuerdo al estado clínico del binomio.
- Realizar una vigilancia clínica adecuada del trabajo de parto para identificar complicaciones de manera oportuna.
- Contar con el consentimiento válidamente informado, cuando así lo amerite.

6.- Reducir riesgos innecesarios.

- Asegurar una atención obstétrica acorde a los riesgos establecidos.
- Elaborar el partograma de manera completa y adecuada, para la correcta interpretación de la curva de Friedman.
- Conducir y supervisar la atención obstétrica.
- Participar en la detección oportuna y el seguimiento eficaz del trabajo de parto, especialmente para los embarazos de alto riesgo.

7.- Vigilar estrechamente a la paciente durante el puerperio inmediato, revalorar el estado clínico de la paciente, documentando sus condiciones, así como las indicaciones, de acuerdo a lo indicado por la NOM-007-SSA2-1993.

- Considerar especialmente el estado mental, coloración tegumentaria, tensión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria, temperatura, estado de hidratación, así como hemorragia transvaginal o de la herida quirúrgica, dolor pélvico, vaginal o perineal y la función de emuntorios.
- Pasar visita a todas las pacientes puérperas, aún en los puerperios de bajo riesgo y después, las veces que sea necesario.
- Realizar una exploración ginecológica completa al momento del egreso.
- Asegurar la comunicación adecuada entre el médico y el paciente.

8.- Documentar todo el proceso de atención.

- Documentar debidamente el evento obstétrico en el expediente clínico: nota de valoración inicial, partograma, nota pre quirúrgica y postquirúrgica con el nombre completo y firma del médico o los médicos que participaron en la atención de la paciente.
- Anotar en el expediente clínico el razonamiento clínico que sustente los procedimientos a realizar durante toda atención obstétrica.

9.- Realizar, promover y facilitar la educación a la embarazada y sus familiares sobre los riesgos inherentes a la gestación.

- Favorecer y estimular la educación para la salud a la embarazada por el grupo multidisciplinario que tiene contacto con las pacientes durante la atención obstétrica.
- Explicar desde la primera consulta cuáles son los riesgos generales y específicos del embarazo para cada paciente en particular, y documentarlo en el expediente.
- Explicar de manera sencilla lo que puede ocurrir en la sala de labor, expulsión y quirófano, para tranquilizar a la paciente y sus familiares.
- Enfatizar sobre los datos de alarma y conducta recomendada para cada uno, durante todas y cada una de las consultas prenatales.
- La información deberá explicarse a la paciente y al familiar responsable que ella designe.

Son nueve recomendaciones, quizá el problema principal es contar con el personal suficiente y capacitado. No obstante, es importante señalar que en el ISEM actualmente con relación a la primera de estas recomendaciones, la atención del parto se lleva a cabo en hospitales de segundo y tercer nivel de atención, por personal supuestamente capacitado y debidamente autorizado, ya que en el primer nivel los centros de salud que operan regularmente con médicos pasantes en servicio social han dejado de atender partos; esto seguramente ayudará a disminuir los errores médicos, ya que por su falta de experiencia en esta rama de la medicina están más expuestos a cometerlos.

En este sentido, se debe considerar a los comités hospitalarios para que funcionen normalmente y sometan a una sesión extraordinaria los casos en los que haya una muerte materna o fetal, con el propósito de que se identifiquen y registren las causas, y si estas son producto de errores médicos, se emitan las recomendaciones pertinentes, a efecto de que no se vuelvan a repetir, independientemente de que el comité de mortalidad materna haga lo propio

Finalmente, en la medida de lo posible se deberá tratar de difundir los resultados del estudio, a las unidades médicas que conforman este Organismo, hacer las recomendaciones correspondientes, fundamentalmente en la especialidad con mayores quejas o mayores errores detectados, a efecto de se elaboren estrategias de prevención y se invite a los profesionales de la salud a no caer en los mismos errores, proporcionando desde un inicio servicios de atención médica en forma oportuna y con calidad, así como un trato respetuoso y digno a los usuarios. Además de que las autoridades observen las deficiencias en cuanto a infraestructura, recursos materiales y humanos, y esto se puedan corregir en la medida de su capacidad presupuestal.

XIII.2 SUGERENCIAS EN GENERAL

Partiendo de lo que es la calidad de atención médica, la cual definimos como el compromiso de “Otorgar atención médica al usuario, con oportunidad, conforme a los conocimientos médicos y principios éticos vigentes que permitan satisfacer sus necesidades de salud y sus expectativas y evitar eventos adversos”, con base en esta premisa, se coincide con algunas sugerencias de la CONAMED para prevenir y evitar el error médico como consecuencia de la aplicación de un criterio clínico incorrecto, la citada Comisión de Arbitraje Médico considera que en primer lugar debe tenerse presente siempre que la atención médica debe ser:

- Oportuna.
- Con calidad.
- Centrada en el paciente.
 - Satisfacer sus necesidades de salud.
 - Satisfacer sus expectativas.
- Efectiva.
- Eficiente.
- Equitativa.
- Satisfactoria para el personal.

- Basada en la capacitación y actualización permanente del personal
- Segura

Para prevenir y evitar un error médico, particularmente cuando existe un riesgo de que este ocurra como consecuencia de la aplicación de un criterio clínico incorrecto, se recomiendan observar los tres siguientes puntos:

- 1.- Basarse en las Guías Clínicas, como herramienta que permite conducir el proceso de atención, conforme a los lineamientos y procedimientos que expertos en la operación, de cada una de las áreas hubieran elaborado con tal propósito.

Las guías van a ser un hilo conductor que van a llevar por el camino de las mejores prácticas, determinadas por los expertos en la materia y auxiliando en la decisión para elegir el mejor criterio. Con frecuencia nos vamos a encontrar con la negativa del personal médico para elaborar o conducir el proceso de atención conforme a las guías clínicas, con el argumento fútil de que restringen la libertad de acción o de prescripción.

2. Aplicar preceptos de Medicina Basada en Evidencias.

Si se tiene en cuenta el significado de la palabra “*evidencia*”

- Certeza clara o manifiesta de la que no se puede dudar.
- Prueba de algo.
- Revelar o demostrar algo.

Se hace patente que en la medida que la práctica clínica pueda contar con las evidencias suficientes, las posibilidades de un error médico se reducirían progresivamente y la realización de un criterio se realizaría con menores riesgos de que desembocara en un evento adverso. Con relación a las evidencias se puede considerar que existe riesgo de error médico en las siguientes circunstancias:

- Tomar decisiones sin evidencias.
- Tomar decisiones sin tomar en cuenta las evidencias.
- Tomar decisiones en contra de las evidencias.
- No tomar decisiones hasta no tener evidencias.

3. La aplicación de los conocimientos médicos vigentes nos provee de una herramienta invaluable, que permite tener elementos objetivos, documentales y ciertos, en la medida del estado del arte, para sustentar cualquier decisión o la aplicación de cualquier criterio.

Ante la evaluación de la calidad de la atención, por cualquiera de las instancias competentes, ya sean médicas, académicas, administrativas o legales, el haber actuado conforme al estado del arte (conforme a los conocimientos médicos vigentes), nos permite contar con un blindaje grueso en contra de las quejas y demandas, pero sobre todo en beneficio del

enfermo. Es por lo tanto imprescindible que el médico en particular y el personal de salud en general se mantenga actualizado, a través de los diferentes medios disponibles.

Los tres puntos de protección en contra del error médico y del evento adverso, perderían totalmente su importancia si no se documentara en el expediente clínico lo ocurrido en apego a las guías clínicas, las evidencias disponibles sobre las cuales se sustenta la aplicación de un criterio determinado o los razonamientos fundamentados en los conocimientos médicos vigentes.

Cualquier acción médica que hubiera ocurrido, cualquier decisión que se hubiera tomado o cualquier criterio que se hubiera aplicado, sería legalmente inexistente si no hubiese sido registrada o documentada en el expediente clínico, son además el mejor medio de comunicación para otorgar una adecuada atención coordinada con los otros médicos que hubieran intervenido en la atención de un paciente, para comunicar las prescripciones al personal de enfermería y para la evaluación de la calidad de la atención médica. El expediente clínico es la mejor herramienta para defender a un médico en contra de quejas o demandas. Por lo que se debe insistir en la correcta integración del expediente clínico de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico

También es necesario que se preste atención a los eventos adversos, se prevenga su presentación, se identifique y se reporte aquellos que hubieran ocurrido y se lleven a cabo las medidas necesarias para que el fenómeno no se repita de acuerdo con las siguientes estrategias, que a final de cuentas, serán parte de las obligaciones y del trabajo de los comités hospitalarios.

- Identificación, reporte, manejo temprano y seguimiento de los eventos adversos y de los riesgos potenciales.
- Respuesta organizada y sistemática:
 - Investigar las causas.
 - Análisis de las causas de los eventos adversos
 - Implantar el proceso de solución
- Planeación y monitoria para evitar las recurrencias.
- Difundir el conocimiento de los eventos adversos, sus causas y estrategias de prevención.
- Capacitar al personal en la identificación y prevención de los eventos adversos.
- Implantación de estrategia de mejora continua.
- Monitoria y seguimiento del proceso de mejora.
- Reingeniería de los procesos a través de cambios en sistemas y procesos, para reducir la posibilidad de casos nuevos.
- Promover a través del programa, un incremento en la confianza de los usuarios y de la opinión pública en la Institución.

Definitivamente, la mejor forma de prevenir las quejas y las demandas, no es con la práctica de la medicina defensiva, ya que ésta se aparta de la práctica

profesional con calidad, además de que es necesario un trabajo conjunto del personal de salud: los directivos de los hospitales, los propios pacientes y sus familiares, a través de conocer sus quejas e inconformidades, los errores y eventos adversos ocurridos y trabajar todos en su prevención.

Los elementos que contrarrestan a la Medicina Defensiva son:

- Buena comunicación.
- Sujeción del acto médico a la “lexartis médica ad hoc”.
- Respeto de los derechos de las y los pacientes.
- Hacer respetar los derechos de los profesionales de la salud

Karl Popper uno de los grandes filósofos del siglo XX decía que *el error es la fuente de retroalimentación más rica y enriquecedora en la experiencia humana, y debemos estar preparados para convertir los errores de avance y mejora, una persona y una sociedad madura sacan provecho de sus errores*. Sin que ello implique que se tenga que alabar lo hecho en algunas unidades médicas.

Es por ello que aunque parezca reiterativo, con el fin de contribuir a la mejora de los servicios de salud, el médico debe evitar en la medida de lo posible los factores de riesgo más comunes que dan lugar a la aparición de errores médicos, si se tiene una opción clínica, claramente correcta y una opción claramente incorrecta, conforme a los conocimientos médicos vigentes y las evidencias disponibles, no es necesario aplicar ningún criterio, la decisión es sin duda, tomar la opción correcta y desechar la incorrecta. Tomar la decisión incorrecta implicaría automáticamente un error médico.

En este sentido, el médico tiene un compromiso ante el paciente y ante la sociedad, por lo cual debe estar bien preparado, prevenir y evitar un evento adverso o identificarlo oportunamente para prevenir sus consecuencias, evitar daños secundarios, secuelas o la muerte de un paciente; siendo requisitos una preparación adecuada, un acto médico realizado conforme a los cánones más depurados y tomar decisiones basadas en evidencias, además, de ser posible contar con una amplia experiencia.

Cuando no existe una opción evidentemente correcta o una evidentemente incorrecta, es necesario aplicar el criterio médico para tomar la decisión mejor o tomar la decisión menos mala. Por lógica tomar la decisión menos buena o la más mala, equivaldría a un error médico. Se debe tener en cuenta que cuando no hay una opción clara, correcta o incorrecta, se está en riesgo de cometer un error.

La inexperiencia o impericia de los médicos y personal auxiliar, en la aplicación o combinación de procedimientos vigentes y nuevos, mal sistematizados, se combatiría instruyendo y capacitando al personal, con evaluaciones continuas para que puedan cumplir con sus responsabilidades y mejorar su desempeño.

Se debe poner mayor atención y énfasis en el manejo y tratamiento respecto de la variedad de pacientes; en especial, aquellos que se encuentran en los

extremos de la vida; los que requieren tratamientos complejos; los casos de urgencias y en los pacientes que requieren de una estancia hospitalaria prolongada.

Mejorar en la medida de lo posible la inadecuada relación médico-paciente o interpersonal médico-médico y médico-enfermera. Evitar al máximo las condiciones desfavorables en las que el médico se presenta a laborar: cansado, con presiones laborales, económicas, familiares y psicológicas.

Definitivamente la actuación de los profesionales de la salud debe estar respaldada de una adecuada infraestructura, la cual se determina según la complejidad de los problemas médicos para los que fue organizada la unidad médica, misma que debe contar con lo necesario según su nivel de responsabilidad. Las autoridades deben esforzarse al máximo para poder cumplir con el compromiso institucional de asegurar entre otros, el abasto de medicamentos y su vigencia, los insumos y el equipamiento necesarios y con funcionamiento apropiado, el personal médico y de enfermería en el número y competencia suficientes.

Deberán en la medida de lo posible mejorarse las condiciones de infraestructura de las unidades médicas, queda claro que esta mejora se debe hacer de acuerdo a la capacidad presupuestal y disponibilidad de recursos y de acuerdo a las Normas Oficiales Mexicanas: NOM-178-SSA1-1998, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios y la Norma Oficial Mexicana NOM-197-SSA1-2000, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.

Finalmente una sugerencia fundamental a manera de reflexión, es que los médicos establezcan una mayor conciencia sobre la delicada tarea que les corresponde realizar, son guías de algo muy valioso como es la salud. Los valores son cualidades positivas para desarrollar una determinada actividad, en el caso de la medicina, deben estar apegados a los principios éticos de la profesión que marcan los límites de actuación de los prestadores de los servicios de salud.

En la formación de estudiantes de medicina de pregrado y posgrado, se ha privilegiado la dimensión técnica científica, restado interés a la dimensión interpersonal y humanista que se fundamenta en el respeto y aplicación de los principios y valores que deben regir el ejercicio de su actividad profesional y los principios éticos de la medicina.

Sólo formando integralmente al médico en ambas dimensiones y teniendo siempre presente el Juramento Hipocrático que enmarca su noble labor, las instituciones de salud tendrán la posibilidad de establecer una cultura organizacional enfocada al paciente y de prestar servicios de salud de calidad, para cumplir con su compromiso con los pacientes y la sociedad.

XIV. BIBLIOGRAFÍA

A. MARCO JURÍDICO

1. NORMA Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la atención.
2. NORMA Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, Para la Atención a la Salud del Niño.
3. NORMA Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del Expediente Clínico.
4. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
5. Ley General de Salud
6. Ley que crea la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México.
7. Ley de Derechos Humanos del Estado de México
8. Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado y Municipios
9. Ley Federal del Trabajo
10. Ley Reglamentaria del Artículo 5.- Constitucional Relativo al Ejercicio de las Profesiones.
11. Código Penal en el Estado de México
12. Código de Procedimientos Penales en el Estado de México
13. Reglamento Interno de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México
14. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicio de Atención Médica.
15. Código Civil Federal

B. FUENTES HEMEROGRÁFICAS.

16. Revista CONAMED, "El error médico y la seguridad del paciente", Dr. Héctor G. Aguirre Gas, Vol. 11, No. 4, octubre-diciembre, 2005.pag. 36-41.

17. Revista CONAMED, "La queja médica y los sistemas de salud", Dr. José Meijem Moctezuma, 15(4), octubre-diciembre, 2010.pag. 181-187.
18. Revista CONAMED "Recomendaciones generales para mejorar la calidad de la atención obstétrica", 2003, 8 (3) 27-39.
19. *Revista CONAMED* Aguirre, H. cols. (abril-junio 2008). "Análisis crítico de la queja médica"(vol. 13), 5-16.

C. FUENTES BIBLIOGRÁFICAS.

20. Julio Cezar Meirelles Gomes y Genival Veloso de Franca, *ERROR MEDICO, iniciación a la bioética-parte IV-Bioética Clínica*.
21. Benito Narey Ramos Domínguez. *Calidad de la atención de salud: Error médico y seguridad del paciente* .
22. Alberto Lifshitz. *Los errores médicos*, Facultad de Medicina UNAM, Seminario el ejercicio actual de la medicina.
23. Héctor Gerardo Aguirre Gas/Felipe Vázquez Estupiñán. *EL ERROR MEDICO. EVENTOS ADVERSOS*. Academia Mexicana de Cirugía, Cirugía y Cirujano, 2006, Noviembre, año/vol. 74, número 006.

D. FUENTES ELECTRÓNICAS.

24. http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol31_3_05/spu10305.htm
25. http://www.facmed.unam.mx/eventos/seam2K1/2004/ponencia_may_2k4.htm

XV. ANEXOS

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO FACULTAD DE MEDICINA DEPARTAMENTO DE TITULACIÓN			
Título de la Investigación: “LAS RECOMENDACIONES AL ISEM, COMO RESULTADO DE QUEJAS POR ERRORES MÉDICOS Y EVENTOS ADVERSOS EN LA PRÁCTICA MÉDICA, SEGÚN LA COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS DEL ESTADO DE MÉXICO, PERIODO DEL 1º DE ENERO DE 2000 AL 31 DE DICIEMBRE DE 2010”.			
AUTOR: M.C. ARMANDO GONZÁLEZ TENORIO			
TUTOR: E. S.P. JESUS LUIS RUBÍ SALAZAR			
No. de queja o Recomendación		Especialidad médica:	
Motivo de queja o error médico en ginecoobstetricia		Evento adverso en ginecoobstetricia: Paridad de las pacientes: Edad gestacional de los productos al momento de la queja:	
Tipo de error médico y evento adverso en pacientes hospitalizados:	Evento adverso en pacientes internados en hospitales y centros del salud del ISEM	Tipo de error del personal de enfermería	Quejas por administración de servicios de salud
TIPO DE RESPONSABILIDAD MÉDICA:		AUTORIDAD QUE TUVO CONOCIMIENTO DE LA QUEJA:	