



Salud

Secretaría de Salud



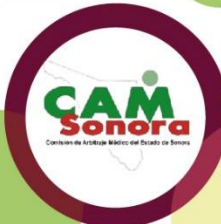
CONAMED

Comisión Nacional de Arbitraje Médico

TEMAS SELECTOS 2025



Comisión Estatal
de Arbitraje Médico





Recomendaciones para prevenir el error médico y la responsabilidad profesional.



Premisas de una buena atención médica

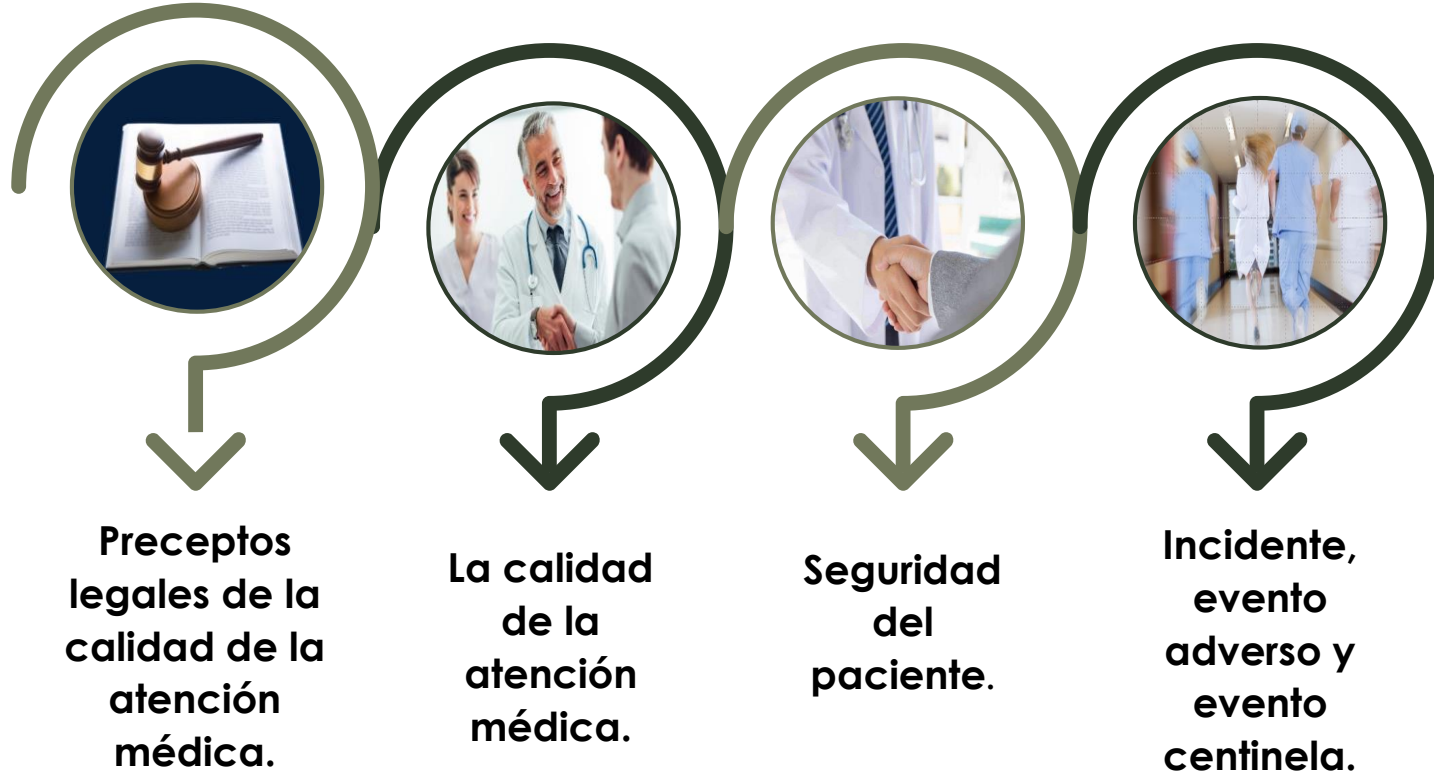
*1933, Lee y Jones en
Chicago.*

La **atención médica correcta**: “Se limita a la práctica racional de la medicina, sustentada en las ciencias médicas, hace énfasis en la **prevención**, exige **cooperación** entre los profesionales de la medicina y el público; trata al individuo como un todo, enfatizando que se debe tratar a la persona enferma y no a la condición patológica; mantiene una **relación** cercana y continua entre el **médico** y el **paciente**”





Premisas de una buena atención médica





Premisas de una buena atención médica





**Preceptos legales de la
calidad de la atención
médica.**





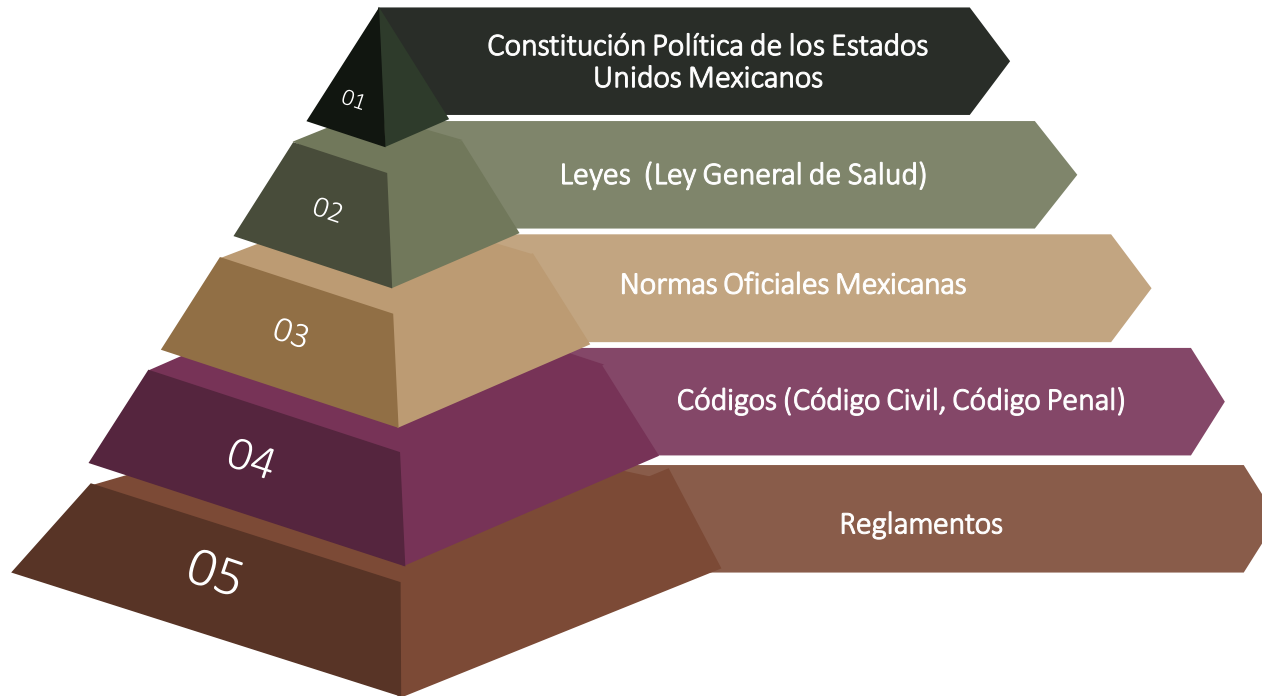
Preceptos legales
de la calidad de la
atención médica.

Los preceptos legales que regulan la calidad de la atención médica en México se encuentran principalmente en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en la Ley General de Salud y su reglamento, así como en los Códigos y Normas Oficiales Mexicanas. Estos ordenamientos establecen los derechos de los pacientes, las obligaciones de los profesionales de la salud y los establecimientos de atención médica, además de definir los criterios para garantizar una atención de calidad, segura y eficiente.





Preceptos legales
de la calidad de la
atención médica.





MORELOS
LA TIERRA QUE NOS UNE

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

COESAMOR
COMISIÓN ESTATAL DE ARBITRAJE MÉDICO



**La calidad de la
atención
médica.**





La calidad
de la
atención
médica.

Si tenemos en cuenta, que la mala práctica ocurre como consecuencia de la falta de atención a los preceptos que determinan una atención médica de calidad y que se incurre en responsabilidad profesional o institucional, como consecuencia de la falta de apego a los preceptos de calidad y seguridad del paciente, empezaremos por definir estos conceptos:





Calidad en la atención médica

“Otorgar atención al paciente con oportunidad, competencia profesional, seguridad y respeto a los principios éticos de la práctica médica, que permita satisfacer sus necesidades de salud y sus expectativas, con costos razonables”.





Elementos en el proceso de la atención

01 Oportunidad

Una atención médica otorgada con oportunidad, es aquella que se proporciona en el momento preciso, para obtener los mejores resultados, no necesariamente en el momento que el paciente la solicita, la demanda o la exige.

02 Competencia Profesional

Conocimientos médicos vigentes, habilidades requeridas, experiencia y actitud apropiada.

03 Seguridad en la atención

El propósito fundamental de un paciente o su familia, al acudir a solicitar atención con un médico o a una institución de salud, está centrado en la necesidad de recuperar el nivel de salud que se hubiera perdido.

04 Respeto Principios Éticos

Dentro de los principios éticos de la práctica médica, deberá respetarse la equidad en la atención, la confidencialidad, la autonomía, el respeto a su dignidad, la solidaridad, la honestidad y la justicia en la atención médica.





Elementos de los resultados

01

Atención propuesta

- Curación del padecimiento.
- Control de la enfermedad.
- Mejoría del padecimiento.
- Paliación de los síntomas.
- Apoyo Moral.

02

Cumplimiento de Expectativas

- En materia de salud.
- Con las relaciones interpersonales.
- Con el proceso de atención.

03

Costos razonables

- Entre las expectativas de un paciente, particularmente cuando se trata de servicios médicos privados, está la relacionada con lo que espera o puede pagar por los servicios que está recibiendo, habitualmente sin conciencia real del costo de los servicios.





**Seguridad del
paciente.**





Seguridad
del
paciente.

El concepto de seguridad implica un: “Conjunto de elementos estructurales, organización y procesos dirigidos a minimizar el riesgo y mitigar las consecuencias de un evento adverso, durante el proceso de atención médica”.

Existe una proporción muy alta de pacientes que sufren daños como consecuencia del proceso de atención médica.





**Incidente, evento
adverso y evento
centinela.**





Incidente, evento
adverso y evento
centinela.

Cuando ocurre un incidente adverso, como consecuencia de la materialización de un riesgo, con daño para el paciente, nos encontramos ante un evento adverso. Los problemas de seguridad para el paciente durante el proceso de atención, se manifiestan como incidentes o eventos adversos y eventos centinela.





Evento adverso: “Daño imprevisto, ocasionado al paciente, como consecuencia del proceso de atención médica”.

Existen riesgos en el proceso de atención, capaces de ocasionar “incidentes”, mismos que mientras no exista daño para el paciente, no pueden ser considerados como eventos adversos.





Evento centinela: “Hecho inesperado, no relacionado con la historia natural de la enfermedad, que puede producir la muerte del paciente, pone en riesgo su vida, le deja secuelas, produce una lesión física o psicológica grave o el riesgo de sufrirlas a futuro”.





**Génesis del error
médico, la mala
práctica y la
responsabilidad
profesional.**





Génesis del error
médico, la mala
práctica y la
responsabilidad
profesional





Lex artis

A pesar del cumplimiento riguroso de la “lex artis” y del cumplimiento de los postulados de una atención médica con calidad, acordes con los conceptos vigentes, con las Guías de Práctica Clínica y las Normas Oficiales Mexicanas, las características propias de cada paciente pueden conducir a resultados diversos e inclusive a un evento adverso.





Practica Clínica

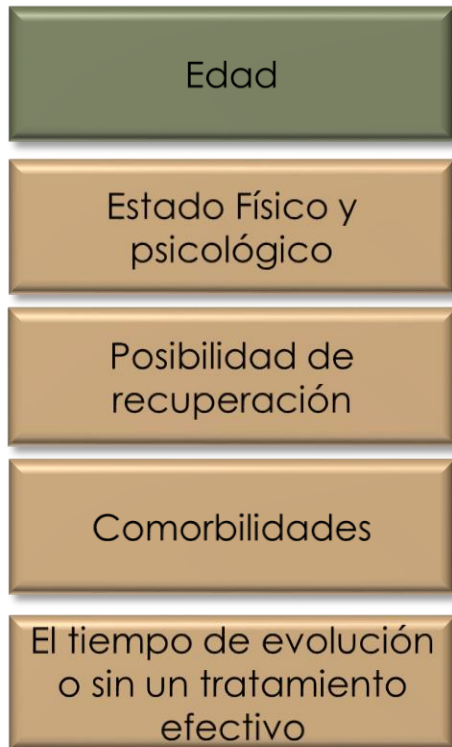
En la práctica clínica, para un médico, cada paciente es un nuevo reto, un enfrentamiento con la incertidumbre, ya que aunque las enfermedades sean bien conocidas por él, su presentación y desarrollo en pacientes diferentes, puede ser también diferente.

La omisión de procedimientos de la práctica clínica lleva implícito el riesgo de establecer un diagnóstico incorrecto y como consecuencia de ello, un tratamiento inadecuado, con lo cual se está cayendo en el **error médico**, lo que, aunado a la inadvertencia en la indicación de las medidas de seguridad, va a conducir probablemente a un evento adverso: **daño** para el **paciente** y **responsabilidad profesional** para el **médico**.





Los principales factores que deben ser tomados en cuenta como causantes de variabilidad en los diferentes pacientes son:





**Práctica médica
basada en
evidencias, con
evidencias
insuficientes o sin
evidencias.**





Práctica médica
basada en
evidencias, con
evidencias
insuficientes o
sin evidencias.

Con base en el ejercicio de la propia competencia profesional y de la práctica del acto médico con apego a la “lex artis”, se contará con la información necesaria que nos permita identificar las evidencias, suficientes para ejercer el criterio médico y tomar la decisión correcta en beneficio del paciente.





**Aplicación de
principios éticos
generales.**

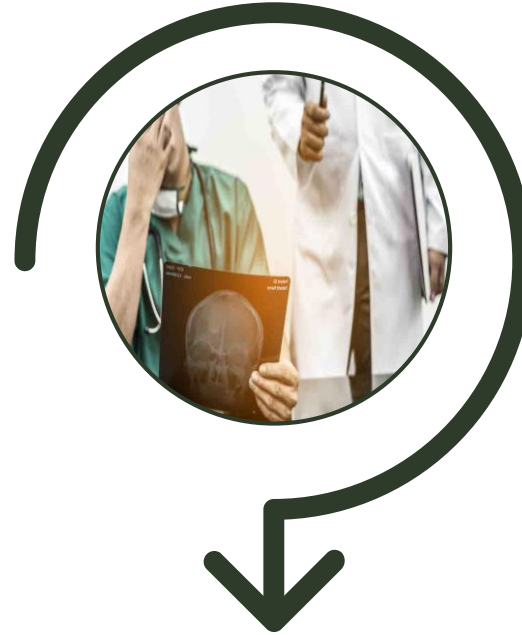




Aplicación
de
principios
éticos
generales.

En la toma de la decisión correcta, cuando no existe una opción evidentemente buena o una decisión evidentemente mala, en principio deberá tenerse en cuenta los principios éticos de beneficencia y de no maleficencia. Cuando esto no sea factible en su totalidad, es necesario tomar en cuenta los principios éticos fundamentales: de totalidad, del voluntario indirecto y del mal menor, para privilegiar la preservación del organismo como un todo, por encima de cualquiera de sus partes.





Error médico





Error médico

Error médico y mala práctica. El **error médico** es una de las causas de mala práctica, que pueden ocasionar o no daño para el paciente, cuando el daño **no** se produjo se está frente a un **incidente** y cuando **existió daño para el paciente**, con la presentación de un evento adverso, puede considerarse que se ha incurrido en **mala práctica**, en la cual existe responsabilidad profesional.

Conforme a lo antes dicho, se considera a la mala práctica médica como: “**Responsabilidad profesional** derivada del ejercicio inadecuado de la práctica médica, por **incompetencia, impericia o negligencia**”.





Negligencia médica

Es el acto en que puede incurrir un médico, técnico de salud o auxiliar, que labore en la administración pública o ejerza libremente cualquier actividad relacionada con la práctica médica, que cometan un descuido u omisión, cuando con pleno conocimiento de su responsabilidad, actúen con imprudencia, ya sea culposa o en forma dolosa, ocasionando daños, lesiones, o provocando la muerte de un paciente.

Acto de impericia

Es el daño que se ocasiona a un paciente como resultado de la falta total o parcial de las destrezas propias de la atención médica, entendiendo esta como la sabiduría, los conocimientos técnicos, la experiencia y la habilidad en el ejercicio de la medicina.

Incompetencia

Se refiere a la falta de capacidad o conocimientos necesarios para realizar una tarea o función específica. En el ámbito médico, esto puede manifestarse como la realización de procedimientos sin la formación o experiencia adecuadas.





Error médico

La mala práctica médica ocurre por dos circunstancias particulares:

- **Por omisión:** cuando se omitió llevar a cabo el acto médico requerido, siendo este necesario.
- **Por comisión:** cuando se realizó un acto médico diferente al que se requería.





Recomendaciones

1. Mantener un alto nivel de competencia, a través de la educación médica continua, actualización y certificación.
2. Contar con la acreditación correspondiente:
 - Título y Diploma Universitarios debidamente registrados ante las autoridades competentes.
 - Cédula profesional y/o de especialista.
 - Certificación del Consejo de la Especialidad correspondiente.





Recomendaciones

3. Otorgar atención médica integral, con oportunidad, competencia profesional, seguridad y respeto a los principios éticos de la práctica médica.
4. Sustentar la competencia profesional en la disponibilidad de los conocimientos médicos vigentes, en las habilidades requeridas para la realización de los procedimientos a que está comprometido y en el desarrollo de experiencia para la solución de problemas complejos.





Recomendaciones

5. Referir al paciente con el médico, a la unidad médica o al nivel de atención que correspondan, cuando se carezca de los elementos necesarios para otorgarle una atención con la calidad y seguridad necesarias.
6. Apoyar las decisiones que se tomen con las evidencias disponibles.
7. Aplicar las medidas de seguridad y prevención de riesgos para los pacientes.





Recomendaciones

8. Aplicar las Guías de Práctica Clínica.
9. Contar con expediente clínico para cada paciente integrado conforme a la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA-2012 del Expediente Clínico y las disposiciones oficiales relacionadas.
10. Justificar en el expediente clínico las decisiones que se tomen, especialmente cuando no estén sustentadas en la normatividad vigente.





Conclusiones

La mejor forma de prevenir los **errores** en la práctica médica, la **mala práctica**, los **eventos adversos** y la **responsabilidad profesional**, es a través del desarrollo de una práctica médica con **competencia** profesional, con la aplicación de los **conocimientos médicos vigentes**, las **habilidades** requeridas para la realización de los procedimientos que se requieren y una actitud **asertiva** (lex artis); contar con la documentación que **acredite** su práctica, participación en programas de **actualización** continua y **certificación** periódica; **aplicación** de las **leyes** y **normas** que regulan la práctica médica y la realización de los **registros requeridos** en el **expediente clínico** que justifiquen su actuación.





CASO CLÍNICO

- Con fecha 18 de octubre de dos mil veinticuatro el usuario, presentó queja médica ante al Comisión Estatal de Arbitraje Médico, en contra de diversos facultativos, así como de dos nosocomios de la red de hospitales estatales, argumentando un error diagnóstico.

Hechos:

- Con fecha 02/07/2024 el paciente presenta dolor abdominal, por lo cual acude con facultativo particular quien le diagnosticó colitis recibiendo manejo a base de gel de aluminio y magnesio, paracetamol y un antibiótico que no recuerda, al no tener mejoría acude al servicio de urgencias de un hospital público.
- Ingresó a Urgencias con fecha 05/07/2024 por dolor abdominal intenso 10/10 en escala de Eva (Escala Visual Analógica).
- En el nosocomio, se procede a realizar diversos estudios de laboratorio e imagenológicos. Diagnóstico de ingreso: Probable Apendicitis Modificada.





- En la misma fecha, es referenciado a otro hospital de la red por no contar con cirujano en la unidad que atiende, señalando la indicación “descartar cuadro apendicular”
- En el nosocomio receptor proceden a realizar una laparotomía exploradora, con los siguientes hallazgos: “No se identifica apéndice cecal en confluencia de tenias, muñón fibrosado”
- Por información de diversa facultativa, el usuario del servicio médico se entera que el diagnóstico de apendicitis aguda era erróneo, pues el correcto fue infección de vías urinarias.
- Fecha de egreso: 08/07/2024
- Diagnóstico de egreso: IVU + Apendicitis aguda descartada + Operado de LAPE





- La **Comisión Estatal de Arbitraje Médico (COESAMOR)**, procede a radicar la queja y realizar las actuaciones pertinentes, por lo que se ordena notificar al representante legal de la Red de Hospitales, así como a los prestadores del servicio de salud que intervinieron en la atención médica, a efecto de que comparezcan al desahogo de una audiencia explicativa.
- Durante el desahogo de la audiencia explicativa, el apoderado legal de la Red de Hospitales Estatales, así como los prestadores el servicio médico del hospital de referencia (2), expresaron su voluntad de no sujetarse al tramite que ofrece la COESAMOR; no obstante, los facultativos que atendieron la Genesis del paciente, manifestaron su aceptación de suscribir la clausula compromisoria.





- La **COESAMOR**, procedió a solicitar copia del expediente clínico del paciente a los nosocomios que atendieron, pues dicho documento es un elemento indispensable para el desahogo de la audiencia conciliatoria
- Una vez recepcionada la contestación de queja de los facultativos que suscribieron la clausula compromisoria, así como copia del expediente clínico, este Organismo Público procedió a señalar fecha y hora para el desahogo de la audiencia conciliatoria.





- Durante el deshago de la audiencia conciliatoria, los facultativos refirieron cada uno de ellos lo siguiente:
- **El primero:** *“...el de la voz no emitió el diagnóstico que pudiese ser erróneo, sino que en base a los datos de exploración física consistentes en rebote dudoso y MC Burney positivos, así como ultrasonido con imagen de plastrón positivo, se integró la sospecha de apendicitis, diagnóstico presuntivo que debe ser en todo momento confirmado por un especialista en Cirugía General, pues es la única persona que debe indicar la cirugía de apendicetomía”*
- **El segundo:** *“El suscrito jamás realizó un diagnóstico, ni siquiera valoró al paciente, por lo que no puede existir “Valoración errónea” como ya se había comentado, mi actuación fue administrativa, para autorizar el formato de hoja de referencia, para que el paciente fuera trasladado a otra unidad para continuar su protocolo de estudio y decidir si se operaba o no”.*





- En uso de la palabra concedida al ciudadano en su carácter de usuario del servicio médico, expresa de forma voluntaria y sin coacción lo **siguiente**:
- *“Que derivado de las manifestaciones vertidas por los facultativos durante el desahogo de la presente audiencia es mi voluntad desistirme de la acción presentada en contra de los galenos mencionados con antelación ante esta Comisión Estatal de Arbitraje Médico”.*





Expediente:

- Paciente del sexo masculino de 28 años de edad acude al servicio de urgencias por presentar dolor abdominal de tres días de evolución, localizado en fosa iliaca derecha.
- Tres días antes acudió con facultativo particular quien diagnosticó colitis manejada a base de gel de aluminio y magnesio, paracetamol y un antibiótico.
- **Signos vitales:** TA 120/75, FC 84, FR 20, Temperatura: 39.2°C, SAT: 98%, PESO: 75 kg, Talla: 1.79 M.
- **EF:** Abdomen blando depresible, doloroso a la palpación media en fosa iliaca derecha, MC BURNEY positivo, rebote dudoso, sin datos de aparente irritación peritoneal.
- **ID:** Síndrome doloroso abdominal, probable apendicitis modificada.





- Es ingresado para complementación diagnóstica.
- En el servicio de cirugía se realizan estudios de laboratorio y ultrasonido abdominal.
- **Resultados:** Hemoglobina 14.6, HTO 42.4, LEU 8.2, NEU 5.27, Plaquetas. 240,000, Glucosa 100, Urea 27.82.
- **USG Abdominal:** Imagen fija heterogénea de 30x36 mm, mal definida irregular con plastrón inflamatorio.
- Al no tener disponibilidad de tiempo quirúrgico es referido a otro hospital del sector salud.
- En el hospital de recepción, proceden a realizar LAPE (Laparotomía exploradora), basándose en lo resultados de laboratorio y USG del hospital de procedencia.
- **Diagnóstico Postoperatorio:** Cavidad abdominal sin patología quirúrgica.
- **Dos días después es egresado con diagnósticos:**
 - Infección en vías urinarias
 - Apendicitis aguda descartada