



Boletín del Colegio Mexicano de Reumatología

Vol. 2 No. 6

Noviembre-Diciembre de 2004

Editorial Responsabilidad médico-legal en reumatología

Hoy día todos los médicos estamos expuestos a demandas de nuestros pacientes por innumerables motivos, entre los más frecuentes son los eventos adversos del arsenal terapéutico con que contamos actualmente, las demandas contra el hospital o institución prestadora de servicios de salud en la que somos parte del grupo de médicos tratantes, desacuerdo del paciente con el cobro o incluso pacientes generalmente con asesoría deshonesta que consideran la demanda una forma de evitar el pago aun contando con los recursos para ello.

Ante el Ministerio Público la imagen del médico, siempre es ser culpable hasta no demostrar lo contrario, además de que en general nos consideran profesionales con ingresos muy altos y esto es un atractivo adicional para nuestra bien ponderada justicia, el ambiente en que se desenvuelve el Ministerio Público, no es nuestro ámbito, no estamos acostumbrados a ese nivel de trato y la presión psicológica a la que somos sometidos es terrible y no deseada ni al peor enemigo.

En toda declaración que se haga ante el Ministerio Público uno debe estar bien asesorado o asistir con su

abogado de confianza (el abogado debe ser especialista en Penal) y se deben de describir todos los procedimientos médicos como si se tratara de niños pequeños, pues luego pueden confundir los datos.

Debemos también saber que los que hacen las autopsias son técnicos (no médicos) y luego el médico legista únicamente analiza lo que le dan por escrito (el médico legista a veces sólo es un médico general). Como ven esto se puede complicar día a día, además la justicia depende de quien interprete la ley, y por muy inocentes que seamos, se nos pueden complicar las cosas.

Con los seguros tiene razón la Dra. Delezé, sólo cubren lo civil y no lo penal, hay que aclararlo en las cláusulas del contrato. Sugiero que nos reunamos con abogados penalistas, para redactar documentos para los colegiados, en los que se redacten consentimientos informados para evitar caer en errores.

Dr. Manuel Robles San Román

CONTENIDO

Editorial

Responsabilidad médico-legal en reumatología	69
Alerta sobre asuntos médico-legales y seguros de responsabilidad civil	70
Situaciones de las demandas médico-legales en la responsabilidad profesional médica	73
2º Foro Internacional de Reumatología, Los Cabos, BCS, México	76



DIRECTORIO

Editor en Jefe

Dr. Arnulfo Hernán Nava Zavala

Editor Ejecutivo

Dr. Rolando Espinosa Morales

Comité Ejecutivo 2004-2005

Presidente

Dr. Carlos Pineda Villaseñor

Vicepresidente

Dr. Francisco A. Rosas López

Secretario

Dr. Rolando Espinosa Morales

Tesorera

Dra. Olga Lidia Vera Lastra

Vocales

Capítulo Centro

Dr. Mario Alfredo Chávez López

Capítulo Centro Sur

Dr. Miguel Cortés Hernández

Capítulo Jalisco

Dra. Laura Elena Orozco Corral

Capítulo Michoacán

Dra. Coralia Romana Guzmán Cruz

Capítulo Noreste

Dra. Ana Laura Marines Castillo

Capítulo Noroeste

Dra. Lucila Galarza Robles

Capítulo Norte

Dra. Blanca Lilia Loya Merino

Capítulo Sureste

Dr. José Luis García Figueroa

Capítulo Veracruz

Dr. José Luis Jiménez Saldaña

El Boletín del Colegio Mexicano de Reumatología es una publicación bimestral del Colegio Mexicano de Reumatología. Certificado de Licitud de Título y de Contenido en trámite. Registro de Reserva de derecho de Autor 04-2003-091011175400-106, ISSN 1665-7810. Los artículos y fotografías son responsabilidad exclusiva de los autores.

Diseñado, producido e impreso en México por Graphimedic, S.A. de C.V. Tel.: 85-89-85-27 al 31. E-mail:emyc@medigraphic.com Impreso en México.

Alerta sobre asuntos médico-legales y seguros de responsabilidad civil

Puebla 16 de Agosto de 2004

Asunto: Alerta sobre asuntos médico-legales y seguros de responsabilidad civil

Objetivo: Tratar de exigir mayor profesionalismo, imparcialidad y justicia para los médicos por parte de CONAMED y CESAMED (Comisiones Estatales de Arbitraje Médico)

Estimados compañeros reumatólogos:

Desgraciadamente están aumentando en forma acelerada el número de quejas y/o denuncias contra los médicos, y lamentablemente las Comisiones de Arbitraje Médico no siempre están dictaminando en forma profesional, justa e imparcial con los médicos, en la emisión de dictámenes periciales. Parecería que los médicos somos culpables de todo lo que les pase a los pacientes hasta no demostrar lo contrario.

De acuerdo a la CONAMED en la ciudad de México D.F. de 2002 a 2003 aumentó un 65% el número de quejas recibidas (23,846). Con frecuencia se detectan "supuestos abogados" fuera de los hospitales al acecho de "posibles clientes" (familiares de pacientes) para inducirlos a que presenten una denuncia en contra del médico tratante.

Recientemente estuve sujeta a una desagradable experiencia de este tipo, me di cuenta que los médicos somos muy vulnerables, desconocemos este tipo de asuntos legales y es por ello que decido transmitirles algunas de las cosas que he aprendido para que tomen sus precauciones. Resumo el caso en el que me vi involucrada:

El 28 de junio de 2001 recibí por primera vez en mi consultorio de Reumatología a una mujer de 53 años de edad, por presentar Lupus Eritematoso Generalizado (LEG) de 22 años de evolución con diversas manifestaciones clínicas graves de la enfermedad incluyendo manifestaciones neuropsiquiátricas (entre ellas parálisis de 6° par craneal) desde el inicio de su padecimiento, para lo cual había recibido dosis elevadas de corticoesteroides por tiempo prolongado. La paciente me fue referida por un cardiólogo por presentar padecimiento de 2 años de evolución en forma progresiva manifestado por: hemiparesia izquierda, lipotimias frecuentes lo que ya había provocado varias caídas de la paciente,

episodios de inestabilidad en la presión arterial (hipertensión alternando con hipotensión ortostática) y manifestaciones clínicas de vejiga neurogénica con infecciones de vías urinarias de repetición, e incontinencia rectal.

Solicité exámenes de laboratorio, TAC de cráneo y le inicié 50 mg diarios de prednisona y aspirina a dosis bajas ante la posibilidad de reactivación de su LEG, así como el que fuera valorada por un neurólogo y un urólogo.

Reporte TAC de cráneo (2 de julio 2001): daño cerebral crónico (atrofia cerebral y cerebelosa moderada a severa para la edad cronológica de la paciente, así como lesiones sugestivas de aterosclerosis cerebral).

El urólogo solicitó una urografía excretora misma que se llevó a cabo el 17 de julio del mismo año en el Hospital de la Beneficencia Española y durante el estudio la paciente presentó una caída sufriendo traumatismo craneoencefálico y herida de 4 cm en la región fronto-parietal izquierda, fue llevada a urgencias y suturada dicha herida. Ante la insistencia del esposo de la paciente, ésta fue hospitalizada del 17 al 27 de julio para su observación.

Ya hospitalizada se le tomó una 2^a TAC de cráneo que no mostraba diferencias con respecto a la previa. A su ingreso al hospital se les dijo a los familiares de la paciente que no se les cobrarían los gastos de hospitalización dado que el accidente había sucedido en las instalaciones del hospital y éste cuenta con un seguro de responsabilidad civil por parte de "Grupo Nacional Provincial" (GNP).

La paciente continuó con las manifestaciones neurológicas anteriormente descritas (previas a la caída en la sala de rayos X).

El 24 de julio a petición telefónica de un neurocirujano del hospital acudí a valorarla al haber mencionado los familiares de la paciente que ella recibía 50 mg diarios de prednisona por indicación mía. Puse una nota en el expediente mencionando que la paciente ya tenía estas manifestaciones neurológicas desde 2 años atrás, previas a la caída en rayos X y que era posible que la paciente hubiera presentado una lipotimia o período de isquemia cerebral transitoria ya que la paciente había sufrido varias caídas por cuadros previos similares.

El 31 de julio reingresa la paciente (3 días después de haber sido dada de alta) por persistencia de las manifestaciones neurológicas, se le toma una 3^a TAC cerebral en la que se detecta un pequeño higroma cerebral fronto-parietal izquierdo.

El 1º de agosto se drenó quirúrgicamente el higroma cerebral y fue dada de alta el 15 de agosto del 2001. Dos días previos a su egreso, el esposo de la paciente me solicitó la expedición de un resumen clínico de su padecimiento. El día de su alta hospitalaria hubo gran conflicto entre las autoridades administrativas de la Beneficencia Española y el esposo de la paciente al cobrarles los gastos de las 2 hospitalizaciones. Posteriormente se levantó una demanda en contra de la Beneficencia Española.

El 21 de febrero de 2002, a petición expresa del administrador del hospital y del abogado encargado de llevar el caso por parte de la póliza de Responsabilidad Civil de la Beneficencia Española de Grupo Nacional Provincial (GNP) acepté acudir (por única ocasión) a la Agencia del Ministerio Público a ratificar mi resumen clínico y explicar los términos médicos (lipotimia, isquemia cerebral transitoria, hemiparesia, vejiga neurogénica) empleados en dicho resumen. Fui llevada ante el Agente del Ministerio Público (MP) por el administrador del hospital y por un abogado de GNP únicamente a ratificar el informe antes dado, yo nunca fui citada en forma personal por el MP. Durante un año y 3 meses no se me volvió a informar nada sobre la evolución de este proceso legal.

El 12 de mayo de 2003 fui citada telefónicamente por el apoderado legal de la Beneficencia Española en un restaurante VIPS de Puebla para comunicarme que me encontraba consignada en el 7º Juzgado de Defensa Social por el delito de "falsedad de declaraciones judiciales e informes dados a una autoridad" por haber asistido en 3 ocasiones a declarar al Ministerio Público, haber caído en contradicciones y además que en cualquier momento podría generarse una orden de aprehensión en mi contra. Esto me causó primero un gran temor y posteriormente una gran molestia ya que yo estaba segura de haber asistido en una sola ocasión al Ministerio Público y únicamente ratifiqué un resumen clínico así que no entendía la causa de dicha acusación.

Posteriormente solicité asesoría legal a los abogados de GNP ya que ellos habían solicitado mi colaboración en la ratificación de un resumen clínico por su utilidad en la defensa de este caso y además porque yo contaba desde hacía 6 años con un seguro de responsabilidad civil por parte de GNP, sin embargo esta asesoría legal me fue negada ya que el presunto delito de "falsedad de declaraciones" es una acusación "penal" y no "civil", por lo cual tuve que solicitar asesoría legal para mi defensa a otro abogado.

Afortunadamente la Juez consideró que no existían elementos suficientes para librar la orden de aprehensión y regresó la averiguación a la Agencia del Ministerio Público a fin de que se integrara debidamente y existieran elementos suficientes para la consignación, situación que me da la oportunidad de volver a declarar debidamente asesorada a fin de desvirtuar la acusación que pesaba en mi contra.

Fui acusada por "falsedad de declaraciones e informes dados a una autoridad" tan sólo por el hecho de no coincidir el resumen clínico que yo hice sobre el padecimiento de la paciente y el dictamen pericial de la CESAMED que concluyó que existía negligencia técnica médica por parte del personal de rayos X y que "el Lupus Eritematoso Generalizado era una patología totalmente independiente" y no relacionada con la caída de la paciente, así que el agente del ministerio público concluyó que yo estaba cayendo en falsedad de declaraciones. También fue-



ron acusadas de negligencia técnica médico 3 personas más: una técnica radióloga, una enfermera y la radióloga responsable del servicio de rayos X.

Los médicos que concluyeron que existía negligencia técnica médica fueron: 2 radiólogos, un médico forense, un internista, un neurocirujano, un pediatra y un ginecólogo. Es de llamar la atención que en la emisión de este dictamen pericial no hubo la participación de ningún reumatólogo ni ningún neurólogo clínico tratándose de un caso de un padecimiento reumatólgico (Lupus) con manifestaciones neurológicas. ¿Cuáles fueron los elementos que utilizó el comité de CESAMED Puebla para determinar que el Lupus y sus complicaciones neurológicas no tenían nada que ver con la caída de la paciente en la sala de rayos X?

El 28 de agosto de 2003 presenté una queja de inconformidad sobre el dictamen emitido por CESAMED Puebla ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) y la contraloría de CONAMED con copia al Comisionado Estatal de Arbitraje Médico del Estado de Puebla (CESAMED), al Lic. Melquíades Morales, gobernador del estado ya que es él quien designa al Comisionado de CESAMED, a la Academia Nacional de Medicina, al Colegio y Consejo Mexicanos de Reumatología así como a la Comisión Nacional de Derechos Humanos.

Por el apoyo que recibí por parte de la Academia Nacional de Medicina y del Colegio Mexicano de Reumatología, fui recibida en audiencia por el Dr. Carlos Tena Tamayo, Comisionado Nacional de CONAMED y después recibí una contestación por escrito con fecha del 4 de septiembre del 2003 diciendo textualmente: "Coincido plenamente con su apreciación en el sentido de que es inadecuado que la autoridad procuradora de justicia haya determinado, que por aportar un informe médico dentro de la Averiguación Previa, haya incurrido en "falsedad de declaraciones e informes dados a una autoridad".

El Dr. Tena me aclaró además, que "CESAMED Puebla no es delegación de la Nacional (CONAMED) y no guarda relación alguna de subordinación, por lo cual CONAMED no es responsable de sus acciones".

Después de 7 desagradables meses logré demostrar que yo no incurri en "falsedad de declaraciones" y en diciembre del 2003 el Agente del Ministerio Público declara el no ejercicio de la acción penal en mi contra, por lo que fui liberada de esta acusación.

Después de 3 meses de burocráticas peticiones y negaciones a ser recibida por los directivos del grupo jurídico de GNP, en marzo de este año me fue negado el pago de honorarios de mi abogado por el Lic. Raúl Romero, Gerente Nacional de Responsabilidad Civil de GNP, a pesar de haber sido utilizada por sus abogados en la defensa de este caso y haber sido abandonada en este proceso penal, con el mismo argumento inicial de que mi póliza de responsabilidad civil no me ampara de acusaciones "penales".

Desgraciadamente la situación se ha seguido complicando ya que, como era de esperarse la paciente siguió deteriorándose neurológicamente, a pesar de la resolución *ad integrum* del higroma (reporte de TAC cerebral 18-IX-2001), ella falleció por broncoaspiración en abril del 2004. El proceso penal no se ha resuelto para 3 personas más acusadas de responsabilidad técnica y lesiones imprudentes, incluso podrían ahora ser acusadas de homicidio imprudente.

De esta desagradable experiencia he aprendido varias cosas y quisiera hacerles las siguientes recomendaciones:

1. Traten de expedir el menor número posible de resúmenes clínicos o en todo caso exijan una petición por escrito que diga para qué va a ser utilizado dicho resumen clínico.
2. No asistan a declarar al Ministerio Público sin previa asesoría de un abogado confiable.
3. Traten de contratar un seguro de Responsabilidad Civil que los cubra de acusaciones civiles, penales y administrativas. Ahora me he enterado que más del 70% de la acusaciones que reciben los médicos son en el ámbito penal y no civil. Después de haber pagado 6 años un seguro de Responsabilidad Civil de GNP llegué a la conclusión de que no me sirvió para nada.
4. Si van a efectuar un procedimiento, intervención o la administración de algún tratamiento que pueda tener algún tipo de riesgo, les sugiero que informen detalladamente al paciente/sus familiares sobre estos riesgos y les hagan firmar una carta de consentimiento informado, les sugiero que vean la página de CONAMED en internet: <http://www.conamed.gob.mx/index.php> Probablemente tengamos que elaborar un formato especial para el empleo de los agentes biológicos en Reumatología.
5. Los invito a que nos unamos como gremio médico en el Colegio Mexicano de Reumatología para exigir mayor profesionalismo (con la participación de peritos especialistas en el caso) e imparcialidad en la emisión de dictámenes periciales por parte de CONAMED y las Comisiones Estatales de Arbitraje Médico (CESAMED) fuera del D.F. En este caso nunca fuimos citados a declarar a CESAMED ninguno de los 4 médicos que vimos a la paciente antes de su caída. Es lamentable que los mismos médicos nos descalifiquemos unos a otros, muchas veces sin fundamento. Esto, aunado a la incompetencia de CESAMED en algunos Estados, nuestra ignorancia en asuntos legales y la voracidad de algunos abogados nos hace a los médicos altamente vulnerables a tener este tipo de problemas médico-legales.

Les mando un saludo.
Dra. Margarita Delezé Hinojosa
Reumatóloga de Puebla

Situaciones de las demandas médico-legales en la responsabilidad profesional médica

Las demandas de responsabilidad profesional por mala-práctica son un tema de mayor interés para todos los médicos dada la magnitud de lo complejo de nuestra profesión.

La incidencia de las demandas contra los médicos en los últimos 15 años se ha incrementado drásticamente y en todo este problema intervienen:

La Procuraduría General de Justicia del Estado de Nuevo León con leyes inadecuadas para la adecuada procuración de justicia.

Los médicos demandados, las instituciones hospitalaria, los pacientes o demandantes, los medios de comunicación, los abogados, el público en general que se va formando una opinión negativa de nuestra profesión, la Comisión Estatal de Arbitraje Médico y los peritos para la realización de los dictámenes.

Entre las distintas instancias que intervienen dentro de la Procuraduría de Justicia donde los médicos se ven involucrados en caso de denuncias están: la Agencia de Averiguaciones Previas, donde se reciben las denuncias y es la encargada de la investigación inicial; sin embargo, las personas encargadas, no tienen suficiente experiencia en los casos de Responsabilidad y Negligencia Médica y frecuentemente tratan de encontrar los motivos para consignar el caso.

A este nivel generalmente se puede obtener, con la información bien documentada, la inocencia o culpabilidad del acusado si existen las bases para poder determinar consignar o no el expediente, y en el caso afirmativo una vez consignado el caso interviene la Agencia del Ministerio Público, cuya función primordial es tratar de demostrar la culpabilidad del inculpado con el propósito de aplicar una sanción penal.

En esta instancia la autoridad pretende encauzar el caso hasta probar la responsabilidad del denunciado. Estas autoridades no cuentan con un sistema adecuado de investigación y le dan mucha importancia a hechos sin relevancia y no se le dan a hechos verdaderamente transcurrentes y establecen criterios de inocencia o culpabilidad en forma muy subjetiva y tratan de imponer una sanción sin justificación o viceversa.

Cuando las demandas se realizan en el juzgado civil, una vez determinada la culpabilidad del denunciado, se le aplica una sanción que consiste en la reparación del daño con una pena o castigo económico que generalmente tiende a ser alto.

Existe una serie de circunstancias que hacen complejos a este tipo de casos, una de ellas es la gran apatía en relación con los médicos pues existe la idea, casi genera-

lizada, de que a mí ¡nunca me van a demandar!, y sólo le dan importancia al caso cuando éste ya se hizo público y entonces tratan de solicitar apoyo en las Sociedades o Colegios Médicos para evitar esta situación.

Cuando los médicos son demandados se crea una confusión y ansiedad que no saben qué hacer. Bajo este estado de crisis contratan abogados y se comunican con los pacientes o familiares de la parte demandante en estado de crisis y esto no es lo recomendable, la mayoría de los abogados de la defensa buscan inicialmente negociar con la parte acusadora para que se retire la demanda.

Los médicos también en base a esta crisis que viven, no investigan el desarrollo del caso en el juzgado, y no asisten personalmente para revisar su expediente y observar cómo va evolucionado y determinar si sus abogados están trabajando o no en el caso, ver qué novedades se han presentado pues todo se lo dejan a los abogados que contratan, cometiendo un grave error; lo que agrava esta compleja situación.

En la mayor parte de los casos demandados no existen una historia clínica completa ni tampoco un consentimiento informado escrito, y muchas veces por esta razón los médicos no pueden realizar una buena defensa que demuestre su inocencia.

Uno de los factores que predisponen a las demandas es porque no existe una buena relación médico-paciente, carente de empatía y sensibilización hacia al paciente donde el médico no le dedica el tiempo suficiente para una valoración adecuada y una estrecha relación personal. Esto crea un entorno negativo que debilita la posición del médico frente a una demanda por responsabilidad profesional.

Es recomendable establecer una excelente relación médico-paciente-familia, realizar una historia clínica completa, obtener el consentimiento informado por escrito y dedicar el tiempo suficiente que requiere cada caso en particular.

Es importante para los médicos demandados demostrar seguridad y control sobre la situación, prepararse además en el tema de Responsabilidad Profesional y Negligencia Médica, no negociar antes de tiempo con la parte demandante, ya que en el 80 al 90% de los casos el médico resulta ser inocente de los cargos que se le imputan.

Con relación a los abogados, sabemos que en nuestro medio existen magníficos profesionales en derecho, pero el tema de la responsabilidad es nuevo, que imposibilita que la mayoría de estos profesionales no cuenta con la preparación teórica, no práctica en los aspectos médico-legales para resolver los casos. Aunado a todos estos problemas esta situación muchas veces se hace más compleja por la co-



rrupción que existe a estos niveles que tiene a influir negativamente en los resultados de las investigaciones.

Muchos abogados prefieren negociar en vez de litigar los casos, pues de cualquier manera obtienen beneficios económicos y lo que desean es batallar lo menos posible.

Los abogados de la parte demandante tampoco tienen conocimientos de las bases científicas y prácticas, y utilizan como recurso la amenaza como hacer públicas las denuncias y a veces solicitan dinero para no realizarlas. En otras ocasiones hacen también arreglos con los abogados de la parte demandada sin contar con el permiso del denunciado.

Los medios de comunicación utilizan estos casos para acaparar la atención, no es lo mismo informar sobre un choque de vehículos a qué médico negligente ocasionó la muerte de un paciente; le dan matices amarillistas a la noticia y responsabilizan al médico o a la institución de estos hechos, sin realmente tener un amplio conocimiento del suceso ni del área correspondiente y solicitan que se aplique estrictamente la justicia en contra de los médicos.

La mayoría de las veces, como resultado de la investigación se demuestra la inocencia del médico, pero a los medios de comunicación en ese momento ya no les interesa difundir la noticia del médico hacia el público, rectificando la información de inocencia del médico en caso en particular, permaneciendo la información contraria y negativa inicial hacia el médico.

O no existen leyes adecuadas que regulan a los medios de comunicación o los médicos no hacen valer nuestras garantías; todo esto genera un sentimiento de desconfianza en la comunidad sobre la actividad profesional.

Otros aspectos muy importantes es la intervención de la familia o familiares del paciente. Casi siempre que se presenta alguna complicación o la muerte del enfermo, se trata de atribuir la culpabilidad al médico sin realmente conocer la causa de la complicación o la muerte y además buscan obtener beneficios económicos.

Debido a todos estos motivos dentro de nuestra sociedad existe una opinión muy negativa hacia la profesión médica donde se tiene la idea que es muy fácil que los médicos sean negligentes, esta opinión ha estado altamente influenciada por los medios de comunicación.

Con relación a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico CONAMED, en el estado COESAMED, hay opiniones en pro y en contra, sabemos por comentarios de muchos médicos a nivel nacional, que existe la tendencia en estas instituciones a que las partes involucradas lleguen a una conciliación más que a un arbitraje, pues se busca que las personas lleguen a un acuerdo para no seguir con la controversia y que el problema se resuelva lo más rápido posible. Esto es muy cómodo institucionalmente, sin embargo, muchos médicos se consideran inocentes del hecho que les imputan y solicitan que se amplíe la investigación hasta la instancia del arbitraje y en vez de esto se ven en la situación de tener que negociar una conciliación que significa

que la mayoría de las veces el médico tenga que pagar una cantidad de dinero al paciente o a su familia. Esto ha generado una idea en los profesionales de la salud de que estas instituciones tienden a favorecer a los pacientes, por lo que consideran injusto, y solicitan que se investigue el caso para que los expertos determinen quién tiene la razón y para esto se requieren de peritos especializados en el área médica en conflicto.

En caso de no haber conciliación se pasará al arbitraje.

Todas estas experiencias vividas por la profesión médica en el transcurso de estos años hace que surjan algunas recomendaciones como la creación de leyes especiales que regulen la profesión médica en el campo de la práctica y las demandas. Se requiere también que la Procuraduría de Justicia cuente con Jueces y Agentes del Ministerio Público especializados en este campo porque actualmente no cuentan con la infraestructura ni conocimientos en esta área.

También es muy importante que se establezca la estandarización del cuidado de la atención médica de los pacientes, desarrollar también la responsabilidad profesional corporativa y además dentro del proceso de investigación de las demandas, la doctrina del médico cirujano prudente ordinario, donde peritos médicos expertos en el área de la medicina en la que existe el conflicto determinan si ellos harían o no lo mismo que el médico demandado realizó con el paciente bajo las mismas circunstancias.

Sistematizar la investigación en función de los casos, no negociarlos antes de tiempo, establecer si es realmente beneficioso un seguro de responsabilidad profesional adecuado, e involucrar a peritos expertos.

La profesión médica se ha visto frecuentemente involucrada en hechos muy desagradables porque el sistema de justicia no hace diferencias entre responsabilidad profesional y responsabilidad penal; entre personas delincuentes que cometen delitos tales como asaltos a mano armada, secuestros, violaciones, homicidios, etc.; cuando se interpone una denuncia de negligencia médica, la autoridad no hace ninguna diferencia y tratan a los médicos como si fueran delincuentes dándole además una publicidad amarillista, esto también desprestigia la profesión médica.

Cuando el sistema de justicia actúa penalmente contra un médico por negligencia, lo hace como si fuera un delincuente ordinario pues se han tenido experiencias de compañeros que con todo lujo de abusos y haciendo público el hecho se les aprehende, se les priva de su libertad, se les expone a los medios de información sin consideración alguna.

Aquí entra la temática del perito experto

La resolución de los casos se basa en los aspectos científicos de la medicina, por lo tanto un dictamen confiable es obligatorio. Hemos visto que hay peritos que participan dentro de los casos que no reúnen los criterios para

serlo y hacen más complejo, más difícil y más tortuoso todo el proceso de investigación judicial.

Estos peritos oficiales en su mayoría son médicos cirujanos parteros que laboran en los Servicios Médicos Periciales y Forenses, y según los códigos para ser perito oficial se requiere tener título de médico cirujano partero, dos años como mínimo de ejercicio profesional y de esta manera se tiene el derecho de participar en la investigación. Sin embargo, cuando surge una demanda por negligencia médica en un área especializada de la medicina se les involucra como peritos sin contar con los conocimientos, destrezas ni habilidades para dar una opinión confiable.

La palabra del perito médico va a ser fundamental para que el Juez determine la inocencia o culpabilidad del demandado, esto no quiere decir que el Juez está obligado en el 100% de los casos a tomar en cuenta el dictamen del perito pues éste debe demostrar, fuera de toda duda, que tiene la razón.

El perito experto es el médico que tiene los conocimientos, destrezas y habilidades de la especialidad en el área de la medicina en conflicto.

Los peritos nombrados por la autoridad son médicos pero frecuentemente no son expertos en el campo que han sido designados para fungir como expertos.

Dentro de los sistemas de investigación intervienen tres clases de peritos: el perito oficial, el perito de la defensa y el tercero en discordia.

Los peritos oficiales son médicos que laboran para la autoridad y simplemente se les notifica que han sido nombrados para que participen en los casos. Estos peritos son los primeros que intervienen en una investigación; el perito de la defensa es el médico contratado por la defensa para que funja como perito también e intervenga en la investigación.

Cuando se emiten los dictámenes se convoca a una junta de peritos. Si el perito oficial y el perito de la defensa no coinciden o no llegan a un acuerdo en las conclusiones, el Juez nombra a un tercero que se denomina tercero en discordia.

La mayoría de los peritajes realizados por los peritos oficiales por los motivos antes mencionados llegan a conclusiones sin fundamentos científicos y generalmente atribuyen la responsabilidad al demandado, se basa en hechos sin importancia y determinan que este cometió un error, esto hace que se generen dudas y confusiones, prolongan los procesos judiciales que pueden durar meses o años, se propicia un des prestigio para la profesión médica, más un daño moral y económico al denunciado.

En relación con los peritos de la defensa, la situación es diferente, se tiene como requisito que se nombre a médicos que tengan como mínimo la misma preparación académica en el área en conflicto, que el médico demandado y de esta manera los casos son mejor estudiados e investigados, por lo que las conclusiones de los dictámenes están fundamentadas científicamente. Cuando estas conclusiones no con-

cuerdan con la de los peritos oficiales, se cree que el perito de la defensa actúa a favor del demandado porque fue contratado por la defensa, debiéndose realizar una junta de peritos para ver si pueden llegar a acuerdos acerca de las conclusiones; sin embargo, la mayoría de las veces no es así, teniendo el juez que nombrar un tercer perito en discordia.

Ningún dictamen de cualquier perito obliga al Juez a tomar una determinación.

La experiencia que se tiene al respecto es que generalmente el Juez toma más en cuenta el dictamen del perito tercero en discordia para establecer la inocencia o culpabilidad del demandado.

Ante toda esta problemática recomiendo que la profesión médica se organice a través de los Colegios de Médicos de todos los estados de la República formando un Comité Dictaminador de Peritos, donde los participantes tengan una preparación académica que involucre a las principales ramas de la medicina más frecuentemente involucradas en demandas por negligencia médica. Se debe constituir a través de este Comité un reglamento que especifique los requisitos que se tienen que cumplir para poder participar como perito experto en los diferentes campos y el principal es que el médico tiene que tener la preparación profesional en una institución médica educativa reconocida en el área médica donde exista el conflicto.

El Comité también debe tener como una de sus principales funciones la impartición de cursos sobre la responsabilidad profesional médica y las demandas por negligencia para que todos los médicos en general tengan conocimientos y estén familiarizados con la problemática existente, ya que en estos momentos cualquier médico puede ser demandado. Además mediante estos cursos preparar a los médicos que van a fungir como peritos expertos de las diferentes especialidades.

Después de esto se debe tratar de establecer un convenio de colaboración con las procuradurías de Justicia en los estados para que los Colegios le provean a estas instituciones de peritos realmente expertos en las diferentes disciplinas de la medicina para que éstas no se vean en la necesidad de nombrar como peritos médicos generales en casos especializados de la medicina.

Con éstos se daría un gran paso para la estandarización de la investigación de los casos de demanda por mala práctica médica, con la involucración de peritos expertos que realizaran dictámenes con fundamentos científicos y confiables. Esto facilita la investigación y la pronta resolución de los casos ayudando a recuperar el prestigio que la profesión y todos los profesionales de la medicina se merecen.

Dr. José Alberto Garza Leal
Profesor del Dpto. de Medicina Forense, UANL.
Presidente del Comité Dictaminador
de Peritos y Peritajes del Colegio
de Médicos Cirujanos del Estado de Nuevo León.

2º Foro Internacional de Reumatología, Los Cabos, BCS, México

Relator: Dr. Min H. Kooh
Médico Residente de Reumatología

Durante los días 20, 21 y 22 de agosto de 2004, se celebró el 2º Foro Internacional de Reumatología en el Hotel Presidente InterContinental Los Cabos, BCS; bajo el más estricto nivel de calidad académica, se contó con la colaboración de distinguidos expertos: El Dr. Marco Matucci Cerinic (Italia), el Dr. Sergio Ulloa (México), el Dr. Peter Taylor (Reino Unido), el Dr. Kim Papp (Canadá) y el Dr. Emilio Martín-Mola (España).

La ceremonia de inauguración estuvo a cargo del Dr. Carlos Pineda Villaseñor, Presidente del Colegio Mexicano de Reumatología quien tras una cálida bienvenida, inicia las actividades académicas de este Foro-Taller en el uso de los agentes biológicos anti-TNF alfa en Reumatología.

El Dr. Matucci Cerinic inició el ciclo de conferencias con una breve introducción sobre las diferentes indicaciones de la terapia de bloqueo anti-TNF alfa. Aunque aún no hay evidencia clínica concluyente en espondilitis anquilosante (EA), mencionó el posible efecto en la prevención de la anquilosis con el uso de estos agentes. Hizo especial mención en la evidencia emergente sobre la detención del daño estructural en artritis reumatoide (AR) de inicio temprano y el posible efecto inmunostático de la terapia biológica anti-TNF alfa.

El Dr. Peter Taylor comentó sobre sus intereses fundamentales, el estudio de las artritis inflamatorias tempranas, el uso de las nuevas terapias anticitocinas y los métodos de imagen; presentó una detallada revisión de la evidencia de los diferentes estudios clínicos del uso de infliximab en AR (ATTRACT, ASPIRE, etc.); además de la importante relación entre discapacidad, daño estructural y progresión radiográfica. Hizo mención sobre la aparición de erosiones en el 80% de los pacientes con AR tras dos años del inicio clínico, poniendo en claro que la relación entre anomalías radiográficas y discapacidad no es evidente al principio sino hasta aproximadamente 5 años después de iniciada la enfermedad. Recalcó que la capacidad de reversibilidad de la pérdida funcional se pierde con el tiempo, haciendo crucial la intervención temprana con el uso de estos agentes (*Figura 1*).

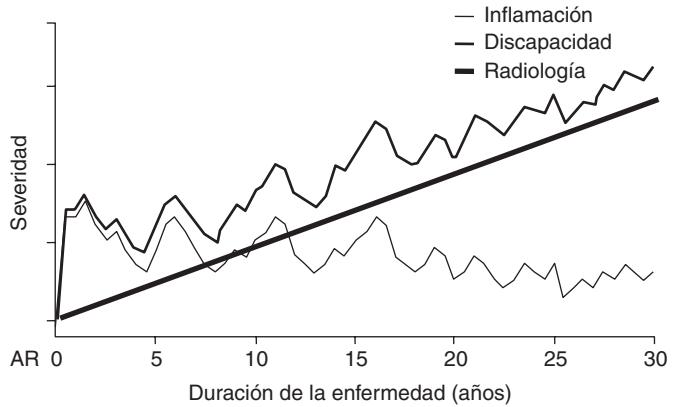
Concluyó su charla con un comentario sobre el estudio por medio de técnicas de imagen de ecografía y resonancia magnética, para evaluar la progresión del daño estructural (*Figura 2*).

El Dr. Emilio Martín-Mola presentó una interesante gráfica donde se pudo apreciar la relación a través del tiempo de la actividad de la enfermedad, la progresión del

daño estructural (cambios radiográficos) y el índice de discapacidad en AR.

Aunque la actividad de la enfermedad es la principal responsable de la discapacidad, el 27.6% de los pacientes con AR tienen evidencia de erosiones radiográficas al primer año con el uso de FARMES tradicionales. Presentó un resumen del estudio ASPIRE (Smolen J et al) donde hubo mejoría en los signos y síntomas, en el ACR N%, en la prevención del daño estructural por medio del índice de van der Heijde y disminución de la discapacidad medida por HAQ; los factores de mal pronóstico y de rápida progresión en estos pacientes: una proteína C reactiva basal mayor de 40, una VSG elevada y un mayor número de articulaciones inflamadas a la semana 30. Terminó su ponencia discutiendo el estudio TEMPO, sobre la detención de la progresión radiográfica con terapia combinada etanercept/metotrexate en comparación a la monoterapia.

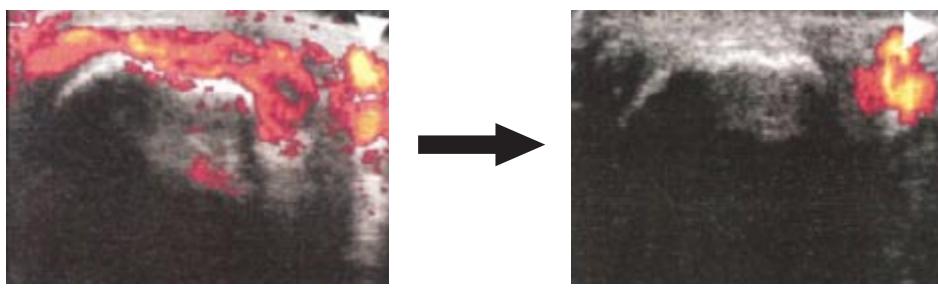
El Dr. Sergio Ulloa presentó la experiencia mexicana con el uso de terapia biológica anti-TNF alfa y una reseña histórica de la aprobación de infliximab en diversas enfermedades reumáticas. En marzo del 2000, México inicia el uso de terapia biológica anti-TNF alfa, siendo el segundo país en el mundo donde oficialmente se aprueba el uso de estos medicamentos para enfermedad de Crohn y AR refractaria. En febrero de 2004 se aprueba en México el uso de infliximab en artritis psoriásica y AR temprana, siendo el primer país en hacerlo. En la actualidad aproximadamente un millón de pacientes en todo el mundo re-



Kirwan JR. J. Rheumatol. 2001;28:881-886
Photo: Copyright © American College of Rheumatology.

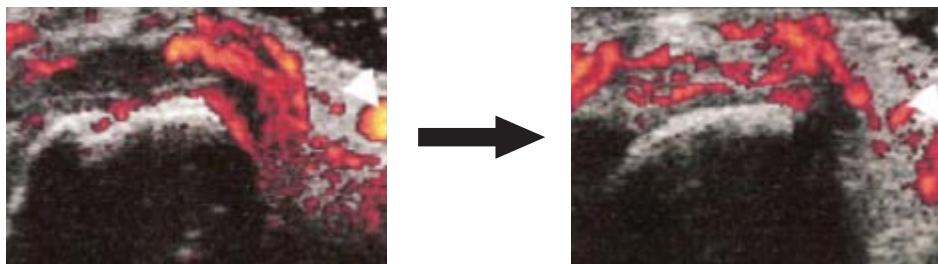
Figura 1. Hay una alta correlación entre discapacidad e inflamación en artritis reumatoide temprana.

Paciente 15 (infliximab + MTX)



Basal

Semana 18



Paciente 4 (MTX + placebo)

Figura 2.

ciben terapias anti-TNF. Sobre los efectos adversos destacó que se reportaron en mayor frecuencia al inicio del uso de estos agentes, y posteriormente disminuyeron en su frecuencia, probablemente debido a una mejor selección de pacientes y al uso de exámenes de escrutinio. En México no existen registros oficiales, pero se estima el uso de estos agentes conforme al número de unidades (viales) dispensados en 2004, que fueron 4,076. Las indicaciones en nuestro país son en un 59% para AR, 24% para AR de inicio temprano, 13% para EA, 2% para artritis psoriásica y 2% para artritis crónica juvenil. Los eventos adversos en nuestro país han sido tuberculosis en aproximadamente 36% (incluyendo tuberculosis diseminada mortal), neumonía en 14%, herpes 29%, y otros 21% (meningitis, infecciones de vías urinarias, etc.).

En México se tiene un rezago de aproximadamente 5 años en el registro de la evidencia clínica y el reporte de efectos adversos, por lo que hizo una atenta invitación a todos los reumatólogos a informar sobre los eventos clínicos adversos registrados en su experiencia.

El Dr. Matucci Cerinic, en representación del Dr. Andrej Calin (Francia), hizo una reseña de la experiencia con estos agentes en EA. Mencionó la falta de eficacia clínica de los FARMES tradicionales (metotrexate y sulfasalazina) así como de anakinra para el compromiso axial en EA. El estudio de Braun y cols (Lancet 2002) muestra mejoría significativa en el BASDAI con seguridad a largo plazo. El 80% de los pacientes con EA responden adecuadamente a terapia anti-TNF alfa; adicionalmente, la terapia biológica mejora los índices de densidad mineral ósea. La suspensión de la terapia biológica produce recaídas de gravedad clínica menor al

estado previo al uso de estos agentes; los pacientes con mayores índices de actividad probablemente tengan mejores respuestas a la terapia biológica y, aun cuando todavía no se tiene evidencia sobre el efecto en la progresión de la anquilosis ósea, es posible que sí tenga efectos benéficos sobre ésta. Finalmente, mencionó la poca experiencia y evidencia que se tiene con el uso de estos agentes en las afecciones extra-articulares, como el involucro ocular, el pulmonar, la osteoporosis secundaria, la enfermedad inflamatoria intestinal y la amiloidosis secundaria.

Para concluir, el Dr. Papp presentó la evidencia del uso de la terapia biológica anti-TNF alfa en psoriasis (estudios IMPACT I y II). El PASI es una herramienta útil para evaluar la extensión y gravedad de la afección cutánea en psoriasis. El uso de anti-TNF en psoriasis muestra mejoría clínica rápida con eficacia sostenida, medida por los índices del ACR, artritis clínica, entesopatía, y PASI; el perfil de seguridad es similar al informado para otras enfermedades.

El sábado 21, se llevaron a cabo los talleres de presentación de casos clínicos. Y las conclusiones fueron las siguientes:

- El posible efecto inmunostático del uso de infliximab en etapas tempranas en AR.
- No hay evidencia sólida de una gran ventaja de un agente biológico en particular en su uso en AR precoz. Sin embargo, se enfatizaron las ventajas sobre la administración intravenosa sobre la subcutánea: mayor apego al tratamiento por parte del paciente, mayor control y seguimiento del especialista sobre su paciente, la administración supervisada por el es-

pecialista y el inicio de acción terapéutica inmediatamente tras la administración intravenosa.

- c) Los estudios de escrutinio básicos recomendados antes del inicio de estos agentes: aplicación de PPD y una radiografía de tórax. Un límite de induración de 10 mm de la intradermorreacción de PPD, como el utilizado habitualmente en varios países como positivo, y en el uso de infliximab sin necesidad de profilaxis antifímica, posterior al uso de esquema de tratamiento antifímico completo para la erradicación de la infección (3 meses después según lo recomendado en Europa).
- d) La recomendación del uso de infliximab junto con metotrexate. La ocurrencia de reacciones cutáneas graves con el uso combinado de infliximab y leflunomida por lo que no está recomendada esta combinación.

Lecturas recomendadas:

- Boers, Maarten; Verhoeven, Arco C; Markusse, Harry M; van de Laar, Mart A F J; Westhovens, Rene; van Denderen, J Christiaan; van Zeben, Derkjen; Dijkmans, Ben A C; Peeters, Andre J; Jacobs, Piet; van den Brink, Hans R; Schouten, Hubert J A; van der Heijde, Desiree M F M; Bonnen, Annelies; van der Linden, Sjef Randomized comparison of combined step-down prednisolone, methotrexate and sulphasalazine with sulphasalazine alone in early rheumatoid arthritis. *Lancet*. 350(9074):309-318, August 2, 1997.
- D E Furst, F C Breedveld, J R Kalden, J S Smolen, G R Burmester, M Dougados, P Emery, A Gibofsky, A F Kavanaugh, E C Keystone, L Klareskog, A S Russell, L B A van de Putte, and M H Weisman Updated consensus statement on biological agents for the treatment of rheumatoid arthritis and other immune mediated inflammatory diseases (May 2003) *Ann Rheum Dis* Nov 2003; 62: 2ii - 9.
- Taylor, P. C. MD, PhD 1; Steuer, A. MD 2; Gruber, J. MD 1; Cosgrove, D. O. MD 3; Blomley, M. J. K. MD 3; Marsters, P. A. MS 4; Wagner, C. L. PhD 4; McClinton, C. RN 1; Maini, R. N. MD 1 Comparison of Ultrasonographic Assessment of Synovitis and Joint Vascularity With Radiographic Evaluation in a Randomized, Placebo-Controlled Study of Infliximab Therapy in Early Rheumatoid Arthritis. *Arthritis & Rheumatism* 50(4):1107-1116, April 2004.
- Maini, R. N. FRCP 1; Breedveld, F. C. MD 2; Kalden, J. R. MD 3; Smolen, J. S. MD 4; Furst, D. MD 5; Weisman, M. H. MD 6; St. Clair, E. W. MD 7; Keenan, G. F. MD 8; van der Heijde, D. MD 9; Marsters, P. A. 8; Lipsky, P. E. MD 10 Sustained Improvement Over Two Years in Physical Function, Structural Damage, and Signs and Symptoms Among Patients With Rheumatoid Arthritis Treated With Infliximab and Methotrexate. *Arthritis & Rheumatism* 50(4):1051-1065, April 2004.
- Breedveld, F C 1; Emery, P 2; Keystone, E 3; Patel, K 4; Furst, D E 5; Kalden, J R 6; St Clair, E W 7; Weisman, M 8; Smolen, J S 9; Lipsky, P E 10; Maini, R N 11 Infliximab in active early rheumatoid arthritis. *Annals of the Rheumatic Diseases* 63(2):149-155, February 2004.
- Kobelt, G.; Jonsson, L. 1; Young, A. 2; Eberhardt, K. 3 The cost-effectiveness of infliximab (Remicade(R)) in the treatment of rheumatoid arthritis in Sweden and the United Kingdom based on the ATTRACT study. *Rheumatology* 42(2):326-335, February 2003.
- St.Clair, E. William 1; Wagner, Carrie L. 2; Fasanmade, Ade-digbo A. 2; Wang, Benjamin 2; Schaible, Thomas 2; Kavanaugh, Arthur 3; Keystone, Edward C. 4 The Relationship Of Serum Infliximab Concentrations to Clinical Improvement in Rheumatoid Arthritis: Results From ATTRACT, a Multi-center, Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial. *Arthritis & Rheumatism* 46(6):1451-1459, June 2002.
- Kavanaugh, A; Antoni, Christian E; Bala, Mohan; Harriman, Greg; Han, Chenlong; Van der Heijde, Desiree. Clinical and Radiographic Measures of Disease Activity are significantly correlated with employment status in Rheumatoid Arthritis (RA): Results from the ATTRACT study. *Arthritis & Rheumatism* 44(9) Supplement:S221, September 2001.
- Zwerina, Jochen 1; Hayer, Silvia 1; Tohidast-Akrad, Maki-yeah 2; Bergmeister, Helga 1; Redlich, Kurt 1; Feige, Ulrich 3; Dunstan, Colin 3; Kollias, Giorgos 4; Steiner, Gunter 1; Smolen J 1; Schett, Georg 1 Single and Combined Inhibition of Tumor Necrosis Factor, Interleukin-1, and RANKL Pathways in Tumor Necrosis Factor-Induced Arthritis: Effects on Synovial Inflammation, Bone Erosion, and Cartilage Destruction. *Arthritis & Rheumatism* 50(1):277-290, January 2004.
- Redlich, Kurt 1; Schett, Georg 1; Steiner, Gunter 2; Hayer, Silvia 1; Wagner, Erwin F. 3; Smolen J S. 2 Rheumatoid Arthritis Therapy After Tumor Necrosis Factor and Interleukin-1 Blockade. *Arthritis & Rheumatism* 48(12):3308-3319, December 2003.
- Boers, Maarten 1; van der Heijde, Desiree M.F.M 2 3 Prevention or Retardation of Joint Damage in Rheumatoid Arthritis: Issues of Definition, Evaluation and Interpretation of Plain Radiographs. *Drugs* 62(12):1717-1724, 2002.
- Braun J, Brandt J, Listing J, Zink A, Alten R, Burnmester G, et al. Long term efficacy and safety of infliximab in the treatment of ankylosing spondylitis. *Arthritis Rheum* (in press).
- Braun J, Brandt J, Listing J, Zink A, Alten R, Golder W, et al. Treatment of active ankylosing spondylitis with infliximab: a double randomized controlled multicentre trial. *Lancet* 2002; 359:1187-97.
- Braun J, Pham T, Sieper J, Davis J, van der Linden Sj, Dougados M, van der Heijde D. International ASAS consensus statement for the use of anti-tumour necrosis factor agents in patients with ankylosing spondylitis. *Ann Rheum Dis* 2003;62:817-24.
- IMPACT I y II Kavanaugh EULAR 2004 (QPO182)
- Taylor, William J Assessment of outcome in psoriatic arthritis. *Current Opinion in Rheumatology* 16(4):350-356, July 2004.
- Sterry W, Barker J, Boehncke W, Bos JD, Chimenti S, Christophers E, De La Brassine M, Ferrandiz C, Griffiths C, Katsambas A, Kragballe K, Lynde C, Menter A, Ortonne JP, Papp K, et al. Biological therapies in the systemic management of psoriasis: International Consensus Conference. *British Journal of Dermatology*, Supplement. 151 Supplement 69:3-17, August 2004.
- Ellerin, Todd; Rubin, Robert H.; Weinblatt, Michael E. Infections and Anti-Tumor Necrosis Factor [alpha] Therapy. *Arthritis & Rheumatism* 48(11):3013-3022, November 2003.