

El arbitraje médico en quejas de cirugía general. Análisis de 18 casos

*Medical arbitration in general surgery claims.
Analysis of 18 cases*

Dr. Armando Valle González

Resumen

Objetivo: Analizar la experiencia en quejas de cirugía general de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

Sede: Institución oficial mexicana.

Diseño: Estudio retrospectivo, analítico, sin grupo control.

Material y métodos: Del acervo documental de la Dirección General de Arbitraje Médico de la CONAMED se analizaron 140 casos entre laudos, dictámenes médicos periciales y opiniones técnicas, entre junio de 1996 y diciembre de 1999. Los criterios de selección fueron: Documentos concluidos y comunicados a las partes y expedientes originales completos en sus apartados médico y jurídico. Se analizaron las siguientes variables: Sexo, edad, motivo de la queja, procedencia, pretensión de la queja, médicos involucrados, desenlaces médicos, síntesis del análisis médico-jurídico, laudos (resoluciones), dictámenes (conclusiones) y opiniones técnicas (recomendaciones).

Resultados: Los casos correspondieron por especialidades a: Cirugía 94, medicina interna 27, ginecología y obstetricia 12, pediatría 7. El estudio se focalizó en 18 casos de cirugía general (segundo lugar en frecuencia del total de casos de cirugía). Diez fueron mujeres y ocho hombres, con edad promedio de 40 años. Los principales mecanismos de queja fueron: lesiones transoperatorias o deficiencia en la técnica quirúrgica en 12 casos (66%) y problemas de diagnóstico en nueve (50%) (omisión de diagnóstico inicial, retraso en el diagnóstico de abdomen agudo y de complicaciones postoperatorias) y otros en tres. Fallecieron ocho pacientes, se recuperaron siete, hubo amputaciones o secuelas en dos y se desconoce el desenlace en uno. La CONAMED formuló cuatro laudos y 14 dictámenes médicos, en los que

Abstract

Objective: To analyze the claims presented to the National Commission of Medical Arbitration.

Setting: Official Mexican institution.

Design: Retrospective, analytical study without control group.

Material and Methods: From the documents of the General Direction of Medical Arbitration (National Commission of Medical Arbitration, CONAMED) we analyzed 140 cases between awards, expertise medical judgments, and medical opinions emitted from June 1996 to December 1999. Selection criteria were: Concluded issues and communicated to the parts and original files complete in regard to medical and judicial aspects. We analyzed the following variables: Gender, age, reason for the claim, merits, aim of the claim, involved physicians, medical outcome, synthesis of the medical-judicial analysis, resolutions, conclusions, and recommendations.

Results: According to specialties, cases corresponded to: Surgery 94, Internal Medicine 27, Gynecology and Obstetrics 12, Pediatrics 7. The study focused on 18 cases of General Surgery (second place in frequency from the total surgical cases). Ten corresponded to men and eight to women, average age of 40. The main reasons for claims were: transoperative injuries or deficiency in the surgical technique in 12 cases (66%), diagnostic problems in nine (50%) (initial diagnosis, delay in the diagnosis of acute abdomen, and postsurgical complications), and other reasons in three. Eight patients died, seven patients recovered, there were amputations or sequelae in two patients, and the outcome of one patient is unknown. CONAMED emitted four decisions and fourteen medical opinions, medical responsibility was assigned in 15 cases, with favorable resolutions for

Cirujano General. Dirección General de Asuntos Sectoriales. Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

Recibido para publicación: 21 de junio de 2000

Aceptado para publicación: 31 de julio de 2000

Correspondencia: Dr. Armando Valle González. Mitla 250, esquina Eugenia, 8° Piso, Colonia Narvarte. CP 03020, México, D.F.

Teléfonos: 54 20 71 03 y 54 20 70 06 Fax: 54 20 70 03

se fincó responsabilidad médica de distintas clases en 15 casos, con resoluciones favorables al médico en tres.

Conclusión: Los resultados reflejan la gravedad de quejas de cirugía general que llegan a la instancia de arbitraje.

Palabras clave: Mala práctica médica, arbitraje en cirugía general, responsabilidad médica.

Cir Gen 2001; 23: 9-20

the physician in three cases.

Conclusion: Results reflect the seriousness of the General Surgery claims that reach the arbitration authorities.

Key words: Malpractice in surgery, surgical liability, arbitration.

Cir Gen 2001; 23: 9-20

Introducción

El objetivo de esta investigación fue analizar la experiencia de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, en una muestra selectiva de quejas de cirugía general, desahogadas por la Dirección General de Arbitraje, entre junio de 1996 y diciembre de 1999, contrastarla con el marco teórico de la Resolución Alternativa de Controversias e identificar, con fines de prevención, las principales categorías generadoras de quejas médicas en dicha especialidad.

La atención a la salud se ha convertido en un tema de interés general, entre otras razones por las siguientes: porque se reconoce a la salud como un bien importante del ser humano elevado al rango de garantía constitucional; por el vertiginoso progreso científico y tecnológico que imponen una valoración cuidadosa de dichos avances para evitar el culto excesivo a la máquina interpuesta entre el médico y el paciente; y por el incremento desproporcionado de los costos de atención médica, que obligan a hacer prioritarias las acciones de salud y racionar los servicios. Todo ello en un entorno social cada vez más informado, crítico y exigente.

En México, las quejas e inconformidades por atención médica pueden ser procesadas por diversos organismos que tienen competencias específicas: Órganos de Procuración e Impartición de Justicia, Comisiones de Derechos Humanos, Contralorías Internas de las Instituciones y SECODAM, y Comités de Bioética, entre los principales.

Las quejas graves por atención médica, causantes de muerte, complicaciones, discapacidad o secuelas, acaban por ser atendidas en alguna de dos instancias: Órganos de Procuración e Impartición de Justicia, o bien en Comisiones de Arbitraje Médico.

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico, creada por Decreto del Ejecutivo Federal de fecha 3 de Junio de 1996¹, se inscribe en el objetivo de mejorar la calidad y eficiencia de los servicios médicos, previsto en el programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000.

Este organismo tiene como misión: *"Contribuir a tutelar el derecho a la protección a la salud y a mejorar la calidad de los servicios médicos, a través de la resolución de conflictos entre los usuarios y prestadores"*.

Para lograr esta misión utiliza métodos alternativos no judiciales como la conciliación y el arbitraje. Ade-

más elabora dictámenes médicos a petición de autoridades y formula de oficio, opiniones técnicas en asuntos de interés general o casos particulares.

La Comisión basa sus actuaciones en el principio rector de *"Juicio de expertos o juicio entre pares con acatamiento de las normas legales indispensables"*.

Sus procedimientos se fundamentan en los principios de imparcialidad, justicia, profesionalismo, igualdad jurídica de las partes, confidencialidad, gratuidad y economía procesal, entre los más importantes.

No obstante los logros obtenidos por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico a lo largo de casi cuatro años y de sus homólogas Comisiones Estatales de Arbitraje Médico existentes en la actualidad; aún persisten imágenes distorsionadas acerca de lo que *no* son dichos organismos: Procuradurías de la salud, tribunales, juzgados, defensorías de oficio o instancias punitivas.

El objetivo de este trabajo es disipar la desinformación que prevalece en el país acerca de la materia y procedimientos de estos organismos, a través de investigaciones objetivas basadas en la aplicación de su experiencia para mejorar la calidad de los servicios de salud.

Material y métodos

Del acervo documental de la Dirección General de Arbitraje de la CONAMED, se analizaron laudos, dictámenes médicos periciales y opiniones técnicas, concluidos y comunicados a las partes, entre junio de 1996 y diciembre de 1999.

Esta Dirección normalmente maneja las quejas médicas más complejas, que no fueron resueltas satisfactoriamente en las dos instancias previas, Orientación-Información y Conciliación. Por otra parte elabora dictámenes médico-periciales, a solicitud de organismos de procuración e impartición de justicia, derechos humanos y otros, para resolver acerca de las quejas radicadas en aquellos organismos.

Los criterios de selección de los casos incluidos fueron: 1º documentos concluidos y comunicados a las partes, 2º expedientes originales completos en sus apartados médico y jurídico.

Al proceder de esta manera, se elaboró un banco de 140 casos cuyos expedientes originales fueron sin-

tetizados, tarea en que colaboró el personal de la Dirección General de Asuntos Sectoriales del mismo organismo. Con base en estos datos se encontraron 18 casos de cirugía general, que son motivo de este trabajo.

Se registraron las siguientes variables: Sexo, edad, motivo de queja, procedencia, pretensiones de la queja, médicos involucrados, desenlaces médicos, síntesis del análisis médico jurídico, resoluciones (laudos), conclusiones (dictámenes) o recomendaciones (opiniones técnicas).

Se omitieron los datos reales que permitieran la identificación de los involucrados (nombres de quejosos y prestadores, instituciones, números de expedientes), para respetar el principio de confidencialidad que rige en la CONAMED.

Los resultados se tabularon en valores absolutos y relativos para cada categoría, se compararon con estadísticas generales de la CONAMED y se formularon algunas conclusiones.

Resultados

a) Banco de casos

De la base de datos de 140 casos, se encontró la siguiente distribución de las especialidades médicas troncales. Numerosos casos incidieron en varias especialidades (**Cuadro I**).

b) Especialidades quirúrgicas

De los 94 casos quirúrgicos, las especialidades más frecuentemente involucradas fueron: Neurocirugía, cirugía general, anestesiología, ortopedia y traumatología, oncología y otras doce especialidades, que se indican en el **cuadro II**.

Esta comunicación se refiere a 18 casos de la especialidad de cirugía general, que incluyó cuatro laudos y catorce dictámenes médicos periciales.

c) Edad, sexo e instituciones

De los 18 casos, ocho fueron del sexo masculino y diez del femenino, con edad promedio de 40 años y rango desde 2 años 3 meses a 72 años. La mitad de las quejas se originaron en establecimientos públicos, e igual proporción en hospitales o consultorios privados. Un número significativo de

Cuadro II
Especialidad médica principal
(94 Casos)

Especialidad	No.	%
Neurocirugía	20	14.3
Cirugía General	18	12.9
Anestesiología	10	7.1
Ortopedia y Traumatología	9	6.4
Oncología	8	5.7
Oftalmología	6	4.3
Odontología	5	3.6
Cirugía Plástica y Reconstructiva	4	2.9
Angiología	3	2.1
Cirugía cardiovascular	3	2.1
Cirugía maxilofacial	2	1.4
Urología	2	1.4
Cirugía de Tórax	1	0.7
Endoscopia	1	0.7
Otorrinolaringología	1	0.7
Trasplante renal	1	0.7

Fuente: Estadísticas CONAMED.

casos fueron atendidos sucesivamente en distintos establecimientos públicos y también en mezclas variadas de unidades públicas y privadas.

d) Mecanismos de quejas

Los mecanismos principales de queja ponderados por la CONAMED fueron: Lesión operatoria o técnica quirúrgica deficiente en 12 casos (66.7%), problema de diagnóstico (diagnóstico inicial, diagnóstico tardío de abdomen agudo o de complicaciones postoperatorias) 9 casos (50%), y otras causas que se describen en el **cuadro III**.

e) Desenlace médico

Del total de casos fallecieron ocho pacientes (44.4%), se recuperaron siete (38.9%), hubo amputación en uno, secuelas en uno y se desconoce el desenlace en uno (**Cuadro IV**).

f) Resolución y conclusiones

Del total de la serie, se emitieron cuatro laudos y 14 dictámenes médicos. Se concluyó la existencia de diversas formas de responsabilidad médica en 15 casos, las partes conciliaron sus diferencias durante juicios arbitrales en dos y en un caso se dictaminó la inexistencia de responsabilidad médica (**Cuadro V**).

g) Síntesis de la serie

En el **anexo 1** se resumen las características principales de los 18 casos motivo de este trabajo.

h) Caso ilustrativo

Se presentan un caso ilustrativo que ejemplifica la metodología de análisis de caso. El resumen incluye la síntesis del caso, análisis médico jurídico, resoluciones o conclusiones y bibliografía seleccionada.

Cuadro I
Especialidades predominantes en 140 quejas médicas
(Junio 1996 – Diciembre 1999)

Especialidad	No.	%
Cirugía	94	67.1
Medicina Interna	27	19.3
Ginecología y Obstetricia	12	8.6
Pediatría	7	5.0
Total	140	100

Fuente: Estadísticas CONAMED.

Lesión de colédoco en colecistectomía laparoscópica

Síntesis del caso: Paciente de 46 años, chofer, con antecedentes de diabetes mellitus tipo II controlada; de 20 años de evolución e hipertensión arterial. Acudió a consulta a un hospital público por dolor en el hipocondrio derecho de tres semanas de evolución, en la exploración la maniobra de Murphy fue positiva, se practicó ultrasonido que fue interpretado como hidrocolecisto y litiasis vesicular. Las pruebas de laboratorio fueron normales, excepto la glucosa que fluctuó de 120 a 190 mg/dL.

El doctor "T" lo intervino mediante colecistectomía laparoscópica el 15 de agosto de 1996 al parecer sin incidentes. No se practicó colangiografía operatoria ni video de la operación. Dos días después desarrolló fístula biliar de gasto alto hasta de 1500 mL en 72 horas. Por no disponer de los medios, le practicaron en otro hospital público colangiografía endoscópica y tomografía axial computerizada, que se interpretaron como: ligadura del hepático común.

Una semana después de la operación, el mismo cirujano practicó derivación biliointestinal en Y de Roux, con sonda férula transhepática.

Cuadro III
Mecanismos* de quejas
(18 casos de cirugía general)

Mecanismo	No.	%
Lesión operatoria o técnica quirúrgica deficiente	12	66.7
Omisión de diagnóstico inicial	(1)	
Diagnóstico tardío de abdomen agudo	(3)	
Diagnóstico tardío de complicaciones	(5)	50.0
Indicación quirúrgica dudosa	1	5.6
Intrusión de odontólogo en medicina	1	5.6
Transgresión de normas de investigación en seres humanos	1	5.6

* Algunos tuvieron más de un mecanismo de queja.
Fuente: Estadísticas CONAMED.

Cuadro IV
Desenlace médico

Resultado	No.	%
Defunción	8	44.4
Recuperación después de reintervenciones	7	38.9
Amputación	1	5.6
Secuelas	1	5.6
Se desconoce	1	5.6
Total	18	100

Fuente: Estadísticas CONAMED.

Cuadro V
Resoluciones, conclusiones
(18 casos)

	No.	%
Responsabilidad médica/actuación inadecuada/deficiente	8	44.4
Mala práctica/impericia/negligencia	7	38.9
Conciliación durante juicio arbitral	2	11.1
Sin responsabilidad médica	1	5.5

Fuente: Estadísticas CONAMED.

El paciente evolucionó satisfactoriamente, pero diez días después de la reconstrucción biliar, presentó picos febriles hasta 38°C, leucocitosis de 13,700, derrame pleural derecho y en el ultrasonido y la tomografía axial computerizada se observaron signos de colección subfrénica derecha y derrame pleural.

El doctor "T" lo programó el mismo día para punción guiada tomográficamente, pero el paciente y los familiares la rehusaron, solicitaron su alta voluntaria, deslindaron por escrito al hospital de toda responsabilidad y el doctor "A", médico particular, firmó la responsiva correspondiente.

El paciente acudió a un hospital privado donde le practicaron nuevos estudios y el doctor "G" efectuó punción evacuadora subdiafragmática derecha, con evolución satisfactoria.

El señor "S" presentó queja a la CONAMED, por inconformidad con los resultados de la colecistectomía laparoscópica practicada. En el seno de este organismo los involucrados no conciliaron sus diferencias, pero aceptaron el Arbitraje en Conciencia de la propia Comisión y establecieron los siguientes puntos de controversia:

Determinar si el procedimiento quirúrgico realizado en el hospital público fue autorizado por el paciente; si la colecistectomía laparoscópica ocasionó lesión del colédoco, que dio origen a la fístula biliar y posterior absceso subfrénico, que no se diagnosticaron; en su caso, señalar la existencia de negligencia médica, deslindar responsabilidades y se reintegren los gastos erogados que ascendieron a la cantidad de \$35,000.00 (Treinta y cinco mil pesos 00/100 M.N.), más indemnización diaria de \$100.00 durante el tiempo que dejó de laborar.

En el transcurso del juicio arbitral el señor "S" fue sometido a nueva reconstrucción de vías biliares por otro cirujano particular.

Análisis: El caso correspondió a un paciente de 46 años al que se le practicó colecistectomía laparoscópica, durante la cual se produjo ligadura y sección de colédoco. En el postoperatorio desarrolló fístula biliar y absceso subfrénico, por lo que se reintervino de reconstrucción biliar en dos ocasiones.

La colecistectomía laparoscópica conlleva características y complicaciones propias, además de las que

comparte con la cirugía tradicional. La frecuencia de la lesión inadvertida de la vía biliar es de 0.2 al 1% y la mayor parte de las lesiones del árbol biliar ocurren (0.3%) cerca del hilio hepático.

La fístula biliar se diagnostica por salida de bilis a través de los drenajes. La colangiopancreatografía retrógrada logra definir el nivel y el tipo de la lesión en la mayoría de los casos. Las modalidades de tratamiento de esta lesión varían desde observación, drenaje percutáneo o guiado por ultrasonografía o tomografía y esfinterotomía endoscópica, colocación de drenaje interno e incluso reconstrucción biliar mayor.

Si se detecta falta de continuidad del conducto hepatocolédoco, se debe intervenir por laparotomía, siendo la técnica de preferencia la hepáticoyeyunoanastomosis en Y de Roux. Las colecciones subhepáticas, consecuencias de la fuga biliar, se diagnostican con ultrasonografía o tomografía axial computarizada y se manejan por drenaje percutáneo dirigido por los estudios de imagen mencionados.

La lesión de vías biliares es un accidente grave y se relaciona directamente con la experiencia del cirujano y a la buena o mala selección del caso. El mecanismo de la lesión obedece invariablemente a una pobre identificación de las estructuras del triángulo de Calot y se sugiere, por varios autores, realizar colangiografía transoperatoria de rutina o selectiva, para disminuir la frecuencia de accidentes, o en su caso identificar tempranamente la lesión.

Este caso presentaba características que pronosticaban un procedimiento quirúrgico técnicamente difícil, por el dolor tipo cólico de 20 días de evolución, diabetes mellitus, hombre de 46 años e imagen radiológica de hidrocolecisto.

El cirujano no identificó durante la operación la lesión de la vía biliar, no efectuó colangiografía transoperatoria ni video de la intervención. Sin embargo, no descuidó la atención del paciente, diagnosticó oportunamente la complicación y practicó la reintervención.

Los resultados definitivos de la reconstrucción están en relación directa con el grado de adiestramiento del cirujano y la calidad y condiciones de los tejidos en el momento de la cirugía, ya que la mejor oportunidad del paciente es precisamente la primera, por lo que hubiera sido preferible enviar el caso a un centro de referencia o asesorarse de otro colega experto para resolverlo, ya que siempre es un factor de mayor estrés reintervenir un caso propio, lo que puede influir en la objetividad de la valoración quirúrgica.

El paciente requirió una segunda reconstrucción biliar por otro cirujano, evolución que es congruente con la historia natural de la lesión yatropatogénica de las vías biliares, cuyo pronóstico suele ser incierto por colangitis de repetición, reestenosis, complicaciones sépticas, reintervenciones quirúrgicas, cirrosis biliar, hipertensión portal, hemorragia por varices esofágicas e insuficiencia hepática.

La literatura señala que no puede asegurarse el éxito de la reconstrucción biliar antes de transcurridos varios años e incluso decenios.

Por otro lado, es atribución del cirujano seleccionar el procedimiento que considere más apropiado conforme a su experiencia personal y los conceptos actuales publicados en la literatura. Para decidir si se trató de impericia, negligencia o accidente imprevisible sería necesario disponer del video de la intervención, el cual no se llevó a cabo.

Al valorar el currículum del cirujano, se determinó que acreditaba la especialidad de cirugía general y tenía suficiente experiencia en cirugía laparoscópica.

En conclusión, se estima que no hubo una valoración adecuada del paciente con alto riesgo, que el accidente quirúrgico se debió probablemente a exceso de confianza, se omitieron obligaciones de medios: Colangiografía endoscópica, video de la intervención y apoyo calificado para la reconstrucción biliar.

Por otra parte, se reconoció el apego del cirujano a su paciente y observancia de principios bioéticos de la medicina.

La decisión del usuario de trasladarse a otro sanatorio es justificada y explicable, porque evidentemente perdió la confianza en el hospital, y no libera al hospital de responsabilidades.

Resoluciones: *Primera.* El doctor "T" incurrió en negligencia médica por seccionar el conducto colédoco durante intervención de colecistectomía laparoscópica, y no agotar sus obligaciones de medios, lo que ocasionó complicaciones posoperatorias y la necesidad de practicar otras intervenciones quirúrgicas. *Segunda.* La lesión biliar tuvo relación causal con las complicaciones y reintervenciones.

Tercera. El prestador demostró apego y compromiso con su paciente y actuó correctamente en los eventos posteriores a la cirugía laparoscópica.

Cuarta. La Comisión resuelve que el hospital y el doctor "T" deberán reintegrar solidariamente la cantidad erogada por el paciente en un plazo no mayor de treinta días hábiles contados a partir del día siguiente de la notificación de este laudo.

En vías de comunicar el laudo, se logró conciliar a las partes, quienes acordaron una transacción económica privada, que fue convalidada por la CONAMED.

Bibliografía de apoyo al caso analizado

1. Borowicz MR, Adams DB, Cunningham JT: Management of biliary strictures due to laparoscopic cholecystectomy. *J Surg Res* 1995; 58: 86-89.
2. Kulber DA, Berci G, Paz-Partlow M. Value of cholescintigraphy in detection of biliary complications after laparoscopic cholecystectomy. *Am Surg* 1994; 60: 190-3.
3. Nuñez D Jr, Becerra JL, Martin LC. Subhepatic collections complicating laparoscopic cholecystectomy; percutaneous management. *Abdom Imaging* 1994; 19: 248-50.
4. Zuidema – Shackelford. *Cirugía del aparato digestivo*. Tomo III, 3ª Ed. Panamericana México, 1996: 307.
5. Mansory EE, Diagnosis and treatment of abdominal. *Surgery* 1995; 3: 341-2.

6. Rossi R L, Hepp KL. Complicaciones de la colecistectomía. Capítulo 14, En: Cervantes J, Patiño JF. "Cirugía laparoscópica y toracoscópica". Ed Mc. Graw Hill Interamericana. México: 85-99.
7. McSherry CK, Cholecystectomy: The gold standard. *Am J Surg* 1989; 158: 175-8.
8. Mucio M, Zepeda R, Martín S. Fístulas biliares después de colecistectomía laparoscópica. *Rev Gastroenterol Mex* 1994; 59: 228-30.
9. Raute M, Podlech P, Jaschke W, Manegold B, Trede M, Chir B. Management of bile duct injuries and structures following cholecystectomy. *World J Surg* 1993; 17: 553-62.
10. Mucio M. *Litiasis biliar: actualización para el estudio y tratamiento*. Ed. Panamericana México 1997: 125-139.

Discusión

En numerosos países de la región, la Reforma del Estado en materia de salud se orienta a ofrecer a la población cobertura universal, servicios de salud equitativos, eficientes, de buena calidad, con medidas de costo efectivas de alta externalidad y prioridad a los grupos vulnerables.²

El programa de reforma del sector salud 1995-2000 de México incluye entre otros objetivos, mejorar la calidad y eficiencia de los servicios.³ En este propósito se ubica conceptualmente la misión de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

En la experiencia de esta Comisión a lo largo de cuatro años, los mecanismos más importantes en la generación de quejas son la incomunicación médico paciente, comentarios negativos o injustos de médicos acerca de la actuación de sus colegas, burocratismo (listas de espera, diferimientos, carencias materiales), costos excesivos, intereses de terceros (bufetes legales), e inconformidades por los resultados de la atención médica, principalmente por impericia y negligencia.

La práctica médica está acotada por un amplio marco normativo: la Constitución Política, la Ley Reglamentaria del artículo 4º (Ley General de Salud), del artículo 5º (Ley de Profesiones), el Código Civil, el Código Penal, la Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos, las Normas Oficiales Mexicanas y los Códigos Bioéticos, sólo por mencionar las principales.

La responsabilidad civil comprende las figuras de *daños, perjuicios, negligencia e impericia*. El *daño* se refiere a la pérdida o menoscabo sufrido en el patrimonio del agraviado como consecuencia del incumplimiento de una obligación, el *perjuicio* es la privación de una ganancia lícita que debiera haberse obtenido con el cumplimiento de la obligación del facultativo. De acuerdo con el Código Civil,⁴ el que preste servicios profesionales sólo es responsable hacia las personas que sirve, por negligencia, impericia o dolo, sin perjuicio de las penas que merezcan en caso de delito. Se entiende por *negligencia*, falta de un deber de cuidado, diligencia, esmero o precaución; la dejadez, el descuido; por *impericia*, a la falta de pericia, conocimientos,

destreza o habilidad. El *dolo*, se define como la maquinación o artificio para engañar al paciente o afectar su salud. El ejemplo tradicional es el aborto provocado.

Respecto a la responsabilidad penal,⁵ los delitos se clasifican en dolosos o intencionales y culposos o imprudenciales. Algunos ilícitos punibles en la práctica médica son los delitos contra la salud (suministro ilícito de psicotrópicos o estupefacientes), revelación de secretos, falsificación de documentos, usurpación de profesión, lesiones, aborto y homicidio.

Los prestadores de servicio médico pueden incurrir también en delitos encuadrados en la Ley General de Salud,⁶ omisión de auxilio médico, manejo indebido de agentes patógenos, salida ilícita de sangre, hemoderivados, órganos, cuerpo humano, tejidos o cadáveres; investigaciones ilícitas en seres humanos, inseminación artificial ilícita, alteración de insumos para la salud, entre los principales.

Además, el personal de salud de instituciones públicas puede incurrir en responsabilidades administrativas previstas en la Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos,⁷ referentes a la obligación de salvaguardar la legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia que deben ser observadas en el desempeño de su empleo, cargo o comisión.

De acuerdo con García Ramírez⁸ los tres factores a considerar al valorar la Responsabilidad Médica son: la ciencia y arte de la medicina (*Lex artis*), el derecho y las circunstancias.

También la actuación médica puede incurrir en transgresiones a la bioética de principios: Autonomía-Integridad; Beneficencia-no Maleficencia y Justicia Distributiva.^{9,10}

Otro aspecto de la reforma del estado es el tránsito de la cultura litigiosa a la cultura conciliatoria en ciertas controversias, tendencia que se explica por el progresivo desencanto, cuando no franca desconfianza de la sociedad respecto de los procedimientos judiciales, porque se basan en una polaridad inflexible ganador - perdedor muchas veces radicalizada por los abogados de las partes; a la sobrecarga de ministerios públicos y jueces, su formalismo excesivo, y ser generalmente costosos y prolongados.

La cultura conciliatoria, por lo contrario, no implica necesariamente la polaridad ganador - perdedor, en virtud de que ambas partes pueden ser ganadoras razonables en la medida que sean capaces de moderar sus pretensiones; el proceso es más flexible, práctico, de menor costo y duración.

En México, Estados Unidos y otros países, se utilizan diversas herramientas de la llamada "Resolución alternativa de conflictos", (ADR, de las siglas en inglés), para resolver controversias mercantiles, industriales, comerciales, bancarias, de derecho marítimo y derecho internacional, entre otros.^{11,12}

Algunas herramientas de resolución alternativa de conflictos son la mediación, conciliación y el arbitraje.¹³

La mediación es una fórmula autocompositiva, en la que un tercero media entre las partes favoreciendo la negociación pero sin participar activamente en la

misma, las partes conservan el dominio del conflicto y llegan a su eventual resolución.

La conciliación, también es un método autocompositivo, donde el tercero tiene un papel más activo que el mediador, propone alternativas y cursos de acción específicos analizando con las partes sus ventajas e inconvenientes, realiza reuniones, desecha propuestas inviables e instrumenta dinámicamente convenios y prestaciones que den término a la controversia.

El arbitraje es un procedimiento jurídico heterocompositivo, una forma de justicia privada gracias a la cual los litigios son substraídos a las jurisdicciones de derecho común, para ser resueltos por terceros, revestidos circunstancialmente de la misión de juzgarlos por voluntad expresa de las partes en conflicto.

Existen diferencias substanciales entre un juicio ordinario en tribunales y el arbitraje: En el juicio participan principalmente abogados, la materia es fija (civil, penal, familiar, administrativa, etcétera). Las leyes aplicables son específicas para cada litigio (Código Civil, Código Penal, Código de Procedimientos Civiles o Penales), el procedimiento es rígido, ritual, generalmente complejo, costoso y prolongado. Su desenlace es la sentencia, que tiene carácter coercible, porque el juez está revestido de imperio, es decir, puede utilizar la fuerza del estado para hacer cumplir sus resoluciones.

En contraste, el arbitraje¹⁴ es básicamente un juicio de expertos o juicio entre pares, en el que deben respetarse las garantías individuales de audiencia, legalidad y los mínimos procesales. Su materia es especializada, mercantil, comercial, derecho marítimo, derecho internacional y, últimamente, arbitraje médico.

El juicio arbitral, particularmente el arbitraje en conciencia, es práctico, flexible, de menor complejidad ("Juicio en mangas de camisa"), breve y menos costoso que los procesos en las instancias jurisdiccionales.

Cecilia Azar¹⁵ del Centro de Arbitraje de México, institución privada dedicada al arbitraje comercial, describe las siguientes ventajas de este método de resolución de controversias: flexibilidad, rapidez, confidencialidad, especialización de terceros, independencia o imparcialidad de terceros y ejecutabilidad de laudo en México y el extranjero.

El desenlace de un arbitraje se llama laudo y equivale a una sentencia, se considera final, "cosa juzgada", es obligatorio y vinculante para las partes.

En virtud de que el arbitraje se base principalmente en la autoridad moral de los árbitros, éstos deben tener las siguientes características: honorabilidad, independencia, espíritu de justicia, neutralidad, especialización, abogacía no indispensable y número impar si el procedimiento es realizado por paneles de árbitros.

A diferencia de los jueces, los árbitros carecen de la facultad de hacer cumplir sus laudos y en caso de que alguna de las partes pretendiera desconocerlo, la otra puede solicitar su homologación ante un juez civil para hacerlo cumplir.

Entre las normas que regulan el arbitraje se mencionan el Código Civil, el Código de Comercio¹⁶ y las reglas de UNCITRAL.¹⁷

Análisis de resultados

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico ha desahogado desde el inicio de sus operaciones hasta diciembre de 1999 un total de 15,771 asuntos¹⁸ desagregados como se observa en el **cuadro VI**.

De este universo, aproximadamente el 50% de los asuntos se resolvieron en la primera instancia del organismo (Dirección General de Orientación y Quejas), por orientación y asesoría, con resoluciones expeditas de horas o pocos días de duración.

Se radicaron como quejas 7,021, de las cuales se resolvieron en la segunda instancia (Dirección General de Conciliación) por conciliación y otras modalidades, aproximadamente el 60% de los casos.

Llegaron a la tercera instancia (Dirección General de Arbitraje), normalmente destinataria de los casos más complejos, 235 quejas en el periodo, correspondientes a aquellas controversias en que no se logró la conciliación, pero que las partes aceptaron el arbitraje de la Comisión.

También en esta Dirección se procesan los dictámenes médico periciales solicitados por las instancias de procuración e impartición de justicia, Órganos de Control, Comisiones de Derechos Humanos y otros organismos. Durante el periodo se recibieron 1,001 de tales solicitudes.

La muestra de 140 casos incluidos en esta investigación –banco de casos-, se obtuvo exclusivamente de casos concluidos por la Dirección General de Arbitraje y que además reunieran los requisitos descritos en la metodología.

Al analizar el banco de casos predominaron las especialidades quirúrgicas, seguidas de medicina interna, ginecología, obstetricia y pediatría. Numerosos casos fueron atendidos sucesivamente en más de una de las especialidades troncales mencionadas.

El trabajo que se presenta se circunscribe a analizar 18 casos de la especialidad de cirugía general que concluyeron en la emisión de cuatro laudos y 14 dictámenes médico periciales.

Cuadro VI
Asuntos recibidos por la CONAMED
(Junio 1996 – Diciembre 1999)

Tipo	Total	%
Asesorías	6666	42.3
Asesorías telefónicas	733	4.6
Quejas*	7021	44.5
Quejas telefónicas	123	0.8
Quejas turnadas para arbitraje por Comisiones Estatales	3	0.0
Dictámenes médico periciales	1177	7.5
Ampliaciones de dictamen	48	0.3
Total	15771	100.0

* Incluye dos registros concluidos también como dictamen.
Fuente: SAQMED, Dirección General de Investigación y Métodos.

En los primeros, la CONAMED juzga y sentencia, mientras que en los segundos se limita a formular dictámenes médico periciales de quejas que son de la competencia de otros organismos.

En cuanto a los mecanismos generadores de la queja destacó el hecho preocupante de que dos de cada tres casos correspondieron a lesiones iatropatógenas o deficiencias significativas de técnica quirúrgica. La segunda causa, fueron omisiones trascendentes de diagnóstico inicial o de las complicaciones. Ambas categorías sugieren la necesidad de fortalecer los conocimientos y destrezas de los cirujanos a través de educación formativa en la especialidad o de educación continua de posgrado.

Los desenlaces médicos en la serie analizada son un índice de la gravedad de los casos de cirugía general que llegan a la instancia de arbitraje: sólo siete pacientes se recuperaron completamente, en 10 hubo defunción, amputación o secuelas y en uno se desconoce la evolución.

Por lo que se refiere a las resoluciones o conclusiones finales, se destaca que únicamente en tres casos (13%) los resultados fueron favorables a los prestadores involucrados, sea por conciliación durante juicio arbitral o por exoneración de responsabilidad.

En 15 casos (83%), la CONAMED dictaminó la existencia de responsabilidad médica. Los términos: “malapráctica”, “negligencia” o “impericia” se reservaron a los laudos o por pregunta expresa del Ministerio Público; mientras que los vocablos “responsabilidad médica”, “actuación inadecuada”, “incorrecta o deficiente”, las formuló el organismo a su leal saber y entender y será atribución de la autoridad solicitante tipificarlos en determinada figura jurídica.

Los casos que se sintetizan en el **anexo 1** reconstruyen el proceso médico jurídico que se lleva a cabo en el seno de la CONAMED y los resultados que se notificaron a los involucrados u organismos solicitantes.

La CONAMED actúa primariamente como “Ombudsman” de la salud. Pero sus actuaciones basadas en el principio rector de “Juicio de expertos o análisis entre pares” pueden favorecer indirectamente a los médicos.

En otra obra de análisis de 100 quejas médicas,¹⁹ se concluyó que más del 50% de los médicos involucrados resultaron exonerados de responsabilidad médica, tanto en laudos como dictámenes médicos, lo que contrasta con los desenlaces más severos de esta serie de cirugía general.

Referencias

1. Secretaría de Salud. Decreto de Creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, *Diario Oficial de la Federación*. 3 de junio de 1996.
2. Banco Interamericano de Desarrollo, BIRF, CEPAL, OEA, OPS, OMS, UNFPA, UNICEF, USAID. *Acceso Equitativo a los Servicios Básicos de Salud: Reunión Especial sobre Reforma del Sector Salud*. Washington, D.C. Sept. 29–30, 1995; 1 (documento fotocopiado).
3. Sistema Nacional de Salud. Programa de Reforma del Sector Salud. México, 1995–2000: 14–20.
4. Leyes y Códigos de México. *Código Civil para el Distrito Federal*. 65ª ed. Ed. Porrúa, México, D. F., 1996.
5. Leyes y Códigos de México. *Código Penal para el Distrito Federal*. 58ª ed. Ed. Porrúa, México, D. F., 1998.
6. Leyes y Códigos de México. *Ley General de Salud*. 13ª ed. Ed. Porrúa, México D. F., 1996.
7. Secretaría de la Contraloría y Desarrollo Administrativo. *Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos*, México. 1997.
8. García RS. La responsabilidad penal y la práctica médica, seminario sobre responsabilidad profesional y ejercicio de la práctica médica. Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM. México. 15–16 de Agosto de 1996.
9. Beauchamps TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. 3a ed. Oxford University Press, New York, 1989.
10. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Número especial sobre Bioética* 1990; 108(5–6): 369–586.
11. Díaz LM. Arbitraje: Privatización de la Justicia. *Colección, Ensayos Jurídicos*. 2ª ed. Ed. Themis, S.A. de C.V., México, D. F. 1998.
12. Magallón GE. Medios alternativos de solución de controversias. En: Valle GA, Fernández Varela MH. *Arbitraje Médico. Análisis de 100 casos*. JGH Editores, S.A. de C.V. México 2000; 60–5.
13. Stong E. Nuts and Bolts of ADR for Business Disputes American Arbitration Association. *The New York Law Journal*. 1997; 6. http://www.ljx.com/practice/arbitration/0306_adrnut.html
14. Siqueiros JL. El arbitraje: Marco normativo, Tipos de arbitraje: Compromiso arbitral y cláusula compromisoria. En: Valle GA, Fernández Varela MH. *Arbitraje Médico. Análisis de 100 casos*. JGH Editores, S.A. de C.V. México, 2000; 72–4.
15. Azar MC. Experiencia nacional e internacional de resolución de controversias no médicas. En Valle GA, Fernández Varela MH. *Arbitraje Médico. Análisis de 100 casos*. JGH Editores, S.A. de C.V., México, 2000; 84–7.
16. Leyes y Códigos de México. *Código de Comercio y Leyes Complementarias*. 64ª ed. Ed. Porrúa, México, D. F., 1996.
17. UNCITRAL. *Arbitration Rules* (1976).<http://ra.irv.uit.no/trade-law/doc/un.arbitration.rules.1976.htm>
18. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Dirección General de Investigaciones y Métodos. Informe Estadístico Junio 1996 – Diciembre de 1999. (Documento fotocopiado).
19. Valle GA, Fernández Varela MH. *Arbitraje Médico. Análisis de 100 Casos*. JGH Editores, S.A. de C.V., México, 2000.

Anexo 1 A

N°	Sexo	Edad	Queja Médica/Institución principal	Solicitante/ Médicos Involucrados	Pretensiones de la Queja	Síntesis del Análisis	Resoluciones (Laudo)	Conclusiones (Dictamen pericial)	Observaciones
1	F	22	Lesión de arteria ilíaca externa por Apendicectomía. (Pública).	Ministerio Público Cir. gral. (2) angiólogo (1)	Investigar responsabilidad	Lesión arterial injustificada con manejo inadecuado.		Actuación inadecuada del primerre cirujano.	Recuperación después de intervenciones.
2	F	48	Lesión de sigmoides en resección de quiste ovárico y complicaciones de colostomía. (Privada)	Quejosa Med. grals. (2)	Determinar negligencia. Reintegro de gastos por 65 mil. Devolución título de crédito. Gastos médicos subsecuentes.	Manejo inadecuado de lesión de colón, deficiencia técnica quirúrgica. Relación causal de la cirugía con las complicaciones.	Negligencia de los médicos. Reembolso e indemnización por \$43,418.58. Abstención acerca del título de crédito.		Conciliación antes de comunicar laudo, reembolso de \$19 mil. Recuperación después de reintervenciones.
3	M	47	Tratamiento tardío de Abdomen agudo por peritonitis secundaria a perforaciones de íleon. (Privada)	Ministerio Público Cirujano (1) Internista (1) Varios en hospital público.	Investigar responsabilidad médica.	Omisión del Dx abdomen agudo. Retraso de la cirugía. Relación causal con complicaciones y deceso.		Hubo responsabilidad del cirujano. Demora en el diagnóstico del hospital de tercer nivel.	Complicaciones, reintervenciones y defunción.
4	M	72	Investigación clínica en gangrena diabética. (Privada)	Quejoso Cir. gral. (1) Otros cirujanos institucionales.	Investigar negligencia. Validez de electroestimulación en gangrena diabética. Reembolso de \$60 mil e indemnización.	Procedimiento sin utilidad probada. Transgresiones a normas de investigación clínica. No hubo relación causal con complicaciones.	Actuación incorrecta por transgresión de normas de investigación clínica. No incurrió en negligencia, impericia y dolo.		Se practicó amputación supracondilea en hospital institucional.
5	M	28	Trauma abdominal con ruptura diafragmática. (Pública)	Ministerio público Med. grals. (2) Cirujanos (3) Siquiatra (1)	Investigar responsabilidad médica.	Diagnóstico y tratamiento quirúrgico tardíos, de ruptura diafragmática y gangrena de colón, por traumatismo en reclusorio.		No hubo Responsabilidad médica. Se sugirió al MP ahondar investigación de los responsables del traumatismo.	Defunción
6	M	48	Tratamiento quirúrgico de divertículo gástrico. (Privada)	Ministerio Público Cirujanos (2) Varios en hospital público.	Determinar responsabilidad administrativa.	Diagnóstico deficiente (preoperatorio y de complicaciones), fallas de técnica quirúrgica de gastrectomía.		Desempeño deficiente del cirujano.	Desarrolló complicaciones y reintervenciones. Secuela de diarrea incapacitante.
7	F	35	Apendicitis complicada. (Pública)	Ministerio Público Urgencias (3) Cirujanos (3) Internista (1)	Investigar responsabilidad.	Dx tardío, tratamiento inoportuno de apendicitis complicada con peritonitis. Dilución de Responsabilidades en hospital.		Actuación inadecuada de personal médico (4) por retraso en el Dx y tratamiento de abdomen agudo.	Peritonitis generalizada y defunción.

Anexo 1 B

No.	Sexo	Edad	Queja Médica/Institución principal	Solicitante/ Médicos involucrados	Pretensiones de la Queja	Síntesis del Análisis	Resoluciones (Laudo)	Conclusiones (Dictamen pericial)	Observaciones
8	F	42	Lesión operatoria de las vías biliares. (Privada)	Ministerio Público Pediatra (1) Cir. pediatra (1) Med. grals. (2) Cir. privado (1) Diversos especialistas en hospital institucional.	Determinar responsabilidad médica.	Lesión yatropatogénica de vías biliares tipo Bismuth IV en colecistectomía abierta. Origen de complicaciones, reintervenciones y defunción.		Impericia y negligencia del cirujano pediatra, intrusión en cirugía general.	Complicaciones, reintervenciones y defunción.
9	M	48	Lesión de colédoco en colecistectomía laparoscópica. (Pública)	Paciente (CONAMED) Cir. gral. (1)	Si la CCL causó lesión del colédoco y complicaciones. Determinar negligencia médica. Reintegro de \$35,000.00. Indemnización diaria de 100.00	Ligadura y sección del colédoco en CCL. Relación causal con complicaciones y reintervenciones. Omisión de obligaciones de medios: colangio, video y asesoría.	Negligencia médica y omisión de obligaciones de medios. Reintegro de gastos médicos en forma solidaria el cirujano y el hospital.		Nuevas plastias de vías biliares. Pronóstico incierto. Conciliación antes de comunicar laudo con transacción económica privada.
10	F	47	Hemorragia por colecistectomía laparoscópica. (Privada)	Ministerio Público Cir. gral. (1)	Determinar responsabilidad médica.	Omisión de Dx de hemorragia posoperatoria, reintervención tardía (un mes), con relación causal a complicaciones y deceso.		Actuación incorrecta del primer cirujano por no reintervenir a la enferma por sangrado posoperatorio.	La enferma desarrolló complicaciones fue reintervenida por otro cirujano y falleció tres meses después.
11	F	9	Perforación peritoneal por clavo de Steinmann. (Pública)	CNDH Ortopedista Cir. gral.	Investigar negligencia de los médicos tratantes.	Perforación peritoneal por clavo de Steinmann en menor con parálisis cerebral infantil.		Responsabilidad del ortopedista por no doblar el clavo e incluirlo en el yeso. Demora del cirujano en el diagnóstico de abdomen agudo.	Fallecimiento
12	M	32	Politraumatizado con estallamiento de hígado. (Pública)	Ministerio Público Traumatólogo Cir. gral.	Investigar responsabilidad médica.	Omisión de diagnóstico y tratamiento de abdomen agudo por estallamiento hepático.		Manejo inadecuado del cirujano. Manejo ortopédico adecuado.	Fallecimiento
13	F	28	Colecistitis litiásica tratada como colitis. (Pública)	Paciente (CONAMED) Med. interno (1)	Si la atención proporcionada en urgencias fue adecuada, si los médicos incurrieron en responsabilidad médica y	Paciente con colecistitis aguda diagnosticada como colon irritable y egresado a su domicilio.	Responsabilidad del hospital. Negligencia de los médicos de base por no supervisar al médico interno. Reembolso de gas-		Recuperación después de CCL en hospital privado.

No.	Sexo	Edad	Queja Médica/Institución principal	Solicitante/ Médicos involucrados	Pretensiones de la Queja	Síntesis del Análisis	Resoluciones (Laudo)	Conclusiones (Dictamen pericial)	Observaciones
					porqué; si la CCL fue imputable al primer hospital; reparación del daño e indemnización.	Fue intervenida de CCL en hospital privado.	tos médicos.		

Anexo 1 C

No.	Sexo	Edad	Queja Médica/Institución principal	Solicitante/ Médicos involucrados	Pretensiones de la Queja	Síntesis del Análisis	Resoluciones (Laudo)	Conclusiones (Dictamen pericial)	Observaciones
14	M	70	Adenocarcinoma gástrico. (Pública)	Ministerio Público Oncólogo (1)	Investigar responsabilidad médica.	Paciente con CA gástrico avanzado a quien se le practicó gastrectomía subtotal, desarrolló dehiscencia de la herida, complicaciones pulmonares, insuficiencia renal y falleció un mes después.		Negligencia e impericia del cirujano por omisión de manejo preoperatorio, deficiencias de técnica quirúrgica y no reintervenir oportunamente.	Defunción
15	F	35	Lesión biliar por CCL. (Pública)	Ministerio Público Gastro. (1) Cirujano (1)	Investigar responsabilidad médica.	Paciente con ligadura de hepático común durante CCL que requirió otras tres reintervenciones de reconstrucción biliar.		Responsabilidad de cirujano con relación causal a las complicaciones y reintervenciones.	Se desconoce evolución.
16	F	40	Intrusión de odontólogo en medicina naturista. (Privada)	Ministerio Público Odontólogo y naturista.	Investigar responsabilidad médica y haber causado absceso hepático por inyecciones en el abdomen.	Paciente con patología múltiple no documentada tratada con oligoelementos al parecer por inyección intraabdominal. Desarrolló absceso hepático que fue drenado quirúrgicamente en hospital institucional.		Mala práctica por intrusión en medicina, prescribir medicamentos no probados y no remitir a la enferma con un médico.	La paciente se recuperó después de drenaje de absceso hepático. No hay suficiente evidencia para asegurar si se practicaron o no punciones abdominales y causar un absceso hepático.
17	F	57	Hemorroidectomía incompleta. (Privada)	Ministerio Público Proctólogo	Investigar responsabilidad médica.	Paciente operada de hemorroidectomía. Posteriormente otro médico diagnosticó hemorroides grado tres y practicó reintervención quirúrgica.		Responsabilidad por tratamiento incorrecto de hemorroidectomía y estenosis anal.	La reintervención resolvió el problema. Recuperación satisfactoria.

No.	Sexo	Edad	Queja Médica/Institución principal	Solicitante/ Médicos involucrados	Pretensiones de la Queja	Síntesis del Análisis	Resoluciones (Laudo)	Conclusiones (Dictamen pericial)	Observaciones
18	M	2.3	Circuncisión complicada. (Privada)	Ministerio Público Pediatra	Investigar responsabilidad médica.	Menor operado de circuncisión en consultorio. Auxiliado por recepcionista. Fue reintervenido otras dos ocasiones por dehiscencia de suturas y sangrado.		Responsabilidad por impericia y negligencia y no cumplir obligaciones de medios y seguridad en la práctica de circuncisión.	Recuperación satisfactoria.

