

A pesar de ello, a largo plazo esto tendrá efecto en la expectativa de vida de los órganos trasplantados y, por ende, en el número de trasplantes que habremos de realizar, pues si un paciente pierde un riñón trasplantado puede regresar a la lista de espera y colocarse transitoriamente en diálisis peritoneal o hemodiálisis mientras recibe un nuevo trasplante.

## Los costos

El costo para los pacientes, tomando en cuenta que la mayor parte de estos procedimientos se ha realizado en instituciones públicas, es realmente económico. Gran parte del recurso que implica un procedimiento de esta índole lo pagan las instituciones o, para ser más precisos, el erario público, de los impuestos que todos pagamos. Con esto, la esperanza de vida en México ha aumentado —como sucede en todas partes del mundo pues en las primeras etapas de vida se tienen sistemas de vacunación muy efectivos. El aumento en la edad trae aparejado un aumento en las enfermedades crónico-degenerativas y las insuficiencias orgánicas terminales, cuya mejor solución, precisamente, son los trasplantes; éstos, a la larga, son menos costosos que las terapias de diálisis, por ejemplo. Desde este punto de vista, existe suficiente justificación para los procedimientos de trasplante. En particular, el Instituto Nacional de la Nutrición realiza anualmente entre 35 y 40 procedimientos de trasplante renal. Tan corta cifra se explica porque el instituto atiende muchas otras enfermedades y, además, no está diseñado para hacer un número indefinido de trasplantes.

En particular, el Instituto Nacional de la Nutrición realiza anualmente entre 35 y 40 procedimientos de trasplante renal. Tan corta cifra se explica porque el Instituto atiende muchas otras enfermedades y, además, no está diseñado para ser un número indefinido de trasplantes. Sin embargo, este número es suficientemente bueno para mantener la atención a nuestra población; para entrenar médicos que hagan trasplantes en otros sitios —podemos decir, en este sentido, que el instituto es un semillero, lo cual fue una idea del maestro Zubirán desde su creación— sobre todo en los estados de la República. Gracias a ello, y a que hay más donadores cadavéricos, actualmente el programa de trasplante hepático está recobrando fuerza.

Sería injusto ignorar lo mucho que se hizo en años anteriores en esta materia, sobre todo a partir de 1987 e incluso antes. Esto puede parecer insuficiente porque hasta ahora es que se ha dado la posibilidad de asignar recursos para estos programas; antes era sumamente limitado, lo cual explica por qué no se había desarrollado una mayor actividad.

Volviendo al instituto, tenemos cerca de 350 personas en lista de espera para trasplante de riñón, las cuales provienen de unos 22 hospitales, aunque la cifra varía constantemente. Las edades de estos pacientes van de los 2 a los 60 años, pues el rango etéreo de los receptores se ha ido ampliando conforme se han perfeccionado las técnicas para resolver diversos problemas de salud.

Predominan en esta lista los pacientes en edad productiva, muchos de ellos padres y madres de familia que deben atender a sus hijos; personas que deben trabajar y que sin embargo se encuentran sujetas a costosos tratamientos cuya mejor alternativa, sin duda, son los trasplantes. Pues no debemos olvidar que resolver el problema de estas personas significa, en este sentido, no sólo un bien para ellas, mismas, sino para la productividad nacional.

## **Síntesis Ejecutiva del Informe de Actividades correspondientes al primer trimestre de 2000**

**Héctor Fernández Varela Mejía**

*El pasado 31 de mayo, el titular de la CONAMED presentó al Consejo el informe de labores correspondiente al primer trimestre de este año. A continuación se presenta una síntesis del mismo.*

Durante este trimestre, mediante asesoría se atendieron 408 inconformidades, cifra casi idéntica a la reportada para el mismo periodo del año anterior, que fue de 409. Del total, 231 (56.6%) se recibieron por comparecencia; 170 (41.7%), por correspondencia, y 7 (1.7%), vía telefónica.

De este tipo de asuntos, 102 (25%), no correspondían a los supuestos para intervención de la Comisión, por lo que se declaró la incompetencia; en otros 73 (18%), a pesar de que estaban relacionados con el acto médico, después de analizar los hechos relatados y la documentación aportada se carecía de elementos de presunción para admitir la queja, por lo que estos casos se resolvieron abriendo a los quejosos una amplia explicación técnico-médica acerca de la naturaleza, las características y la evolución de su padecimiento.

Asimismo, en 141 asuntos (34.5%), se carecía de información suficiente que permitiera calificar su admisión, por lo que se orientó a los promoventes sobre la manera de configurar su queja, ya que en algunos casos omitían datos, se advertían contradicciones y ambigüedad, no señalaban las pretensiones o no presentaban la documentación suficiente para soportar su dicho.

En otros 77 casos (19%), se proporcionó una amplia asesoría a los usuarios que así lo solicitaron; se les hizo saber, de manera muy puntual, las diversas alternativas legales con que contaban para ventilar su queja y, en su caso las ventajas y desventajas de cada instancia, poniendo énfasis en la explicación de la

naturaleza, los alcances y la competencia de este órgano desconcentrado.

En 15 asuntos (4.5%), se otorgaron asesorías sobre los derechos y obligaciones

que asisten, según mandato de ley, a los usuarios y prestadores de servicios médicos.

Por otra parte, atendiendo los criterios de admisión de quejas, se abrieron un total de 651 expedientes, lo que significó un incremento de 39.1% respecto al mismo periodo del año anterior, que registró 468 casos.

Por su fuente de ingreso, 488 quejas (74.9%) fueron presentadas personalmente; 150 (23.0%), por correspondencia, y las restantes 12 (1.8%), vía telefónica, más 1 (un) asunto turnado por una comisión estatal. Por institución, sin considerar las 12 quejas telefónicas, 311 (48.7%) se generaron por servicios prestados en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

En cuanto a las quejas por los servicios del ISSSTE, se recibieron 138 (21.6%) del total admitido. Respecto de los servicios privados, se recibieron 143 inconformidades (22.3%). De otros prestadores de servicios médicos, como la Secretaría de Salud, las Secretarías Estatales de Salud, Petróleos Mexicanos, la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal, la SEDENA y otras instituciones de asistencia social, se recibieron 47, que significan sólo el 7.4%.

Las diez especialidades en las cuales se registró mayor incidencia de quejas, fueron: Urgencias, con 71 (11.1%); Ortopedia, 68 (10.6%); Medicina Familiar, 60 (9.4%); Ginecobstetricia, 55 (8.6%); Cirugía General, 37 (5.8%); Hematología, 34 (5.3%); Odontología, 32 (5%); Oftalmología, 30 (4.7%); Medicina Interna, 21 (3.3%); y Traumatología, 21 (3.3%).

La mayoría de las quejas ha provenido, como ya se ha mencionado en reportes anteriores, del Distrito Federal, con un 63.7%; seguido del Estado de México, con 10.6%, y de San Luis Potosí, con 2.4%.

En cuanto a las modalidades de atención de las quejas, a través de conciliaciones "A" se desahogaron 151 expedientes, que significan el 23.2%, es decir, casi la cuarta parte del total de casos; mientras que en el rubro de Conciliaciones "B" se atendieron 12 asuntos(1.8%).

Las áreas de conciliación recibieron 482 quejas que aunadas a las 455 en proceso de atención al cierre del ejercicio de 1999, suman 937 casos. De esta cifra, se desahogaron 516, que significan 119 (30%) más que los 397 del primer trimestre de 1999, sin contar los 16 casos turnados al área de arbitraje; por lo que

al cierre del primer trimestre se encuentran en proceso 405 expedientes.

De estos 516 asuntos, se logró avenir a las partes en 253, es decir, en el 49% de los casos desahogados; en los 263 restantes no fue posible conciliar las controversias.

En cuanto a las actividades encaminadas a la mejoría de los servicios, en el trimestre que se reporta se dio a conocer la Opinión Técnica Núm. 03/2000, dirigida al Gobernador Constitucional del Estado de Jalisco, relacionada con la defunción de cinco pacientes en el Hospital Regional de Puerto Vallarta.

En torno al mismo asunto, se emitió la Opinión Técnica Núm. 04/2000, dirigida al licenciado José Antonio González Fernández, Secretario de Salud —en su carácter de autoridad normativa nacional— con la recomendación de que se elabore una Norma Oficial Mexicana Emergente, de observación general en el territorio nacional de manera obligatoria, que garantice medidas de seguridad inviolables en la utilización de los gases hospitalarios.

Como resultado de estas acciones, la CONAMED tiene conocimiento de que la autoridad sanitaria federal publicará en breve el Acuerdo que establece medidas

de seguridad para el manejo de gases en establecimientos médicos, el cual fue incluido en el proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-197-SSAI-2000, mismo que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales generales.

*Las diez especialidades en las cuales se registró mayor incidencia de quejas, fueron: Urgencias, con 71 (11.1%); Ortopedia, 68 (10.6%); Medicina Familiar, 60 (9.4%); Ginecobstetricia, 55 (8.6%); Cirugía General, 37 (5.8%); Hematología, 34 (5.3%); Odontología, 32 (5%); Oftalmología, 30 (4.7%); Medicina Interna, 21 (3.3%); y Traumatología, 21 (3.3%).*

Por otra parte, en el trimestre que se evalúa, se emitieron Opiniones Técnicas dirigidas al ISSSTE en relación con las deficiencias detectadas en la atención a sus pacientes en el servicio de urgencias; se recomendó que se asegure la observación y el cumplimiento de las normas y procedimientos establecidos que permitan, en los servicios de urgencias de las unidades de la institución, identificar en cada paciente la gravedad del caso; otorgar la atención requerida tanto en estudios como en el manejo integral de cada uno de los enfermos, y tomar las medidas necesarias para que el personal médico de urgencias de las unidades hospitalarias reciba una preparación adecuada en lo que se refiere al protocolo de abdomen agudo.

En cuanto a las peticiones de reconsideración del ejercicio 1999, se recibieron 5 respuestas favorables por parte del ISSSTE, con lo cual se cambió la resolución inicial de improcedencia, y se atendieron las recomendaciones de la CONAMED dirigidas a corregir las desviaciones detectadas y mejorar la calidad de la atención.

Acerca de la recomendación de mejorar la integración del expediente clínico, el ISSSTE informó que en la Delegación Regional Zona Norte se han revisado 650 expedientes en sus unidades médicas, llevando a efecto una sesión taller, 22 pláticas y 3 sesiones generales para corregir las deficiencias; esto redundará en documentos completos que describan las acciones realizadas para atender las enfermedades de los pacientes, su justificación y resultados, con respeto a los derechos de los enfermos al incluir el consentimiento informado en relación al internamiento, a cirugías o a procedimientos que entrañen riesgo para su vida.

Adicionalmente, en la Delegación Zona Oriente, la institución promovió que en las nuevas contrataciones se compruebe que el personal médico y paramédico esté debidamente capacitado; que se verifiquen las acciones del Comité de Evaluación de la Calidad, y que se establezca un programa de supervisión a las unidades médicas.

En relación con el Instituto Mexicano del Seguro Social, se emitió la Opinión Técnica No. 02/2000, relacionada con deficiencias en la integración del expediente clínico y en la elaboración de certificados de defunción, además del retraso en la respuesta de la institución a las quejas de los pacientes.

Para ello, las autoridades del Instituto Mexicano del Seguro Social enviaron un oficio circular a los directores y delegados regionales, estatales y del Distrito Federal, así como a los coordinadores regionales y delegaciones de Atención y Orientación al Derechohabiente, con la instrucción de cumplir con los plazos que indica la normativa en la respuesta a las inconformidades de sus pacientes, y de integrar adecuadamente los expedientes clínicos.

Otra actividad importante fue la participación de la CONAMED dentro del grupo de trabajo compuesto por representantes de instituciones públicas y privadas del Sector Salud, el cual integraron y coordinaron la Secretaría de Comercio y Fomento Industrial y la Procuraduría Federal del Consumidor con el fin de revisar y replantear, en su caso, la Norma Oficial NOM-071-SCFI-1994 de elementos normativos para la contratación de servicios de atención médica por cobro directo. Como resultado de esto, se elaboró el proyecto PROY NOM-071-SCFI-2000 de prácticas comerciales y elementos normativos para la contratación de servicios de atención médica por cobro directo, mismo que en fecha próxima se someterá a consulta pública a través de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

Por otra parte, cabe hacer mención de los estudios que se hicieron para identificar el grado de las irregularidades contenidas en los 516 asuntos desahogados en las áreas de conciliación. En 134 casos (26%), las deficiencias pudieron apreciarse de manera clara al no cumplirse las obligaciones de medios y de seguridad a que estaban obligados los prestadores del servicio; mientras que en 181 asuntos (35%), las deficiencias se identificaron como relativas, ya que no incidieron en la evolución negativa del estado de salud del paciente en virtud de que existían riesgos inherentes al padecimiento.

En los 201 casos restantes (39%), no se observaron deficiencias en la atención; de esto puede concluirse que, en estricto sentido, sólo en una cuarta parte de las controversias sujetas a conciliación puede hablarse de incumplimiento de obligaciones en el proceso de atención del paciente.

De los 134 casos con claras deficiencias, 96 (71.6%) fueron conciliados con el compromiso de reembolso de gastos y/o indemnización; en otros 11 (8.2%) se comprometió el tratamiento médico especializado en un mejor nivel de atención, y sólo en los 27 restantes (20.1%) no se pudo lograr la conciliación.

Cabe precisar que de estos 27 asuntos, en 5 existe una averiguación previa; en 4 no se presentó el usuario y se declaró falta de interés; 3 pasaron al procedimiento

de arbitraje; 2 no aceptaron la cantidad que las instituciones les ofrecían como reintegro de gastos, y en 13 se dejaron derechos a salvo o pendientes para elaborarse Opiniones Técnicas o dictámenes.

En lo que corresponde a la función arbitral, se recibieron 17 expedientes; 9 (53 %) se instauraron en contra de instituciones privadas, y los 8 restantes (47%) contra instituciones públicas. En el trimestre se desahogaron 9 expedientes y se emitieron sólo 3 laudos, ya que en 4 casos hubo desistimiento de las partes y 2 llegaron a la firma de un acuerdo de conciliación. De los laudos, 2 fueron a favor del prestador del servicio y 1 (uno) a favor del quejoso. De esta manera, se puede establecer que la capacidad de resolución llegó al 53% al desahogar 9 casos de 17 recibidos.

Con lo anterior, se encuentran en proceso 23 juicios en los cuales las partes aún no suscriben el compromiso correspondiente para iniciar el juicio.

Por lo que toca a la gestión pericial, durante el trimestre se recibieron 131 solicitudes, lo que significa un promedio de 43.6 peticiones mensuales, a diferencia de las 33.6 solicitudes correspondientes al mismo periodo de 1999. Las instancias que solicitaron el apoyo de esta Comisión Nacional de Arbitraje Médico

para la elaboración de dictámenes médicos fueron, en primer lugar, la SECODAM, a través de sus órganos de control interno en las instituciones prestadoras de servicios médicos, con 72 casos (55%), seguida de la Procuraduría General de la República, con 42 asuntos (32%); en tanto que las peticiones de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal y de las procuradurías de los estados llegaron sólo a 16 casos (12%). De los juzgados se recibió 1 (un) solo caso.

En cuanto al desahogo de este tipo de peticiones, se emitieron 165 dictámenes y 16 ampliaciones para un total de 181 asuntos. A la SECODAM correspondieron 105 (58%); a la Procuraduría General de la República, 52 (29%); a la Procuraduría del Distrito Federal y las de los estados, 19 (10%); a los tribunales, 4 (2%); y 1 (una) a una de las Comisiones Estatales de Arbitraje Médico. De los dictámenes concluidos, en 110 (61%) existió mala práctica, y en 71 (39 %) no se observaron irregularidades en la actuación profesional.

En lo que corresponde a las actividades de seguimiento de compromisos, uno de los objetivos de esta función es lograr el cumplimiento de lo pactado por las partes para dar fin a la controversia, así como obtener información sobre la satisfacción del quejoso con nuestros servicios. Al respecto, quedan en proceso de cumplimiento 3 casos de 1997, 6 del ejercicio 1998 y 43 del año pasado, por lo que el total de casos de ejercicios anteriores llega a 52.

En cuanto a los 142 asuntos concluidos durante periodo que se evalúa en la etapa de seguimiento, en 89 casos (62%), los usuarios manifestaron de manera espontánea su satisfacción con los servicios prestados por la CONAMED; mientras que 45 (32%), no se pronunciaron al respecto; no obstante, del análisis del grado de cumplimiento de los compromisos se desprende que los planteamientos de los usuarios se atendieron en general dentro de los tiempos pactados; sólo en 8 casos (6%) los usuarios se manifestaron insatisfechos por la atención brindada a sus quejas.

Respecto al monto de los compromisos de tipo económico, por concepto de indemnizaciones se cubrieron \$976,361.78; por reembolso de gastos, la suma llegó a \$715,667.39 y se obtuvo la condonación de honorarios y gastos por \$69,098.35, lo que da un total de \$1,761,127.40 (un millón setecientos sesenta y

un mil ciento veintisiete pesos 40/100 m.n.).

En cuanto a la actividad contenciosa, cabe señalar que el desconocimiento del procedimiento de arbitraje ha propiciado que la parte que se considera afectada con la emisión del laudo recurra erróneamente al juicio de amparo. El arbitraje que realiza la Comisión no sólo crea confusión entre los prestadores de servicios médicos y los usuarios, sino también en el Poder Judicial de la Federación. Prueba de lo anterior es que actualmente se ventilan juicios de amparo en tribunales colegiados, tanto en materia administrativa como en materia civil, y en juzgados de Distrito.

Es importante destacar que hasta el momento, en las dos instancias que tiene el juicio de garantías, se ha resuelto un solo asunto relacionado con la emisión de un laudo por parte de la CONAMED, habiéndose declarado que la Comisión no es autoridad para los efectos del juicio de amparo.

En lo que corresponde a las actividades de promoción para establecer comisiones estatales, se formularon y difundieron, en todas las entidades federativas, seis líneas estratégicas de fortalecimiento y apoyo.

Por otra parte, se elaboró el proyecto de convenio de concertación de acciones entre la CONAMED y la Asociación Mexicana de Cirugía Endoscópica, cuyo objetivo principal es establecer mecanismos que permitan atender oportunamente las controversias que presenten los usuarios de los servicios médicos por presuntas irregularidades ocurridas en la atención que proporcionan los especialistas en cirugía endoscópica.

Para sensibilizar a las autoridades estatales, los colegios médicos, y la sociedad en general y para crear un clima favorable a la instauración de comisiones, se han realizado conferencias, talleres, foros y seminarios en siete entidades federativas: Colima, Distrito Federal, Guerrero, Hidalgo, Michoacán, Morelos y Sinaloa. Así, se llevaron a cabo 12 eventos académicos, con asistencia de 1, 627 personas.

## **Voces Conamed**

*A continuación ofrecemos una breve reseña de los hechos acaecidos el pasado mes de marzo en el Hospital Regional de Puerto Vallarta, cuando por el fallecimiento de cinco pacientes por errores humanos, intervino la Comisión Nacional de Arbitraje Médico conforme al artículo 4º Fracción IV de su Decreto de creación.*

La población del país se conmovió, al enterarse por los medios de comunicación de los hechos acaecidos el pasado 12 de marzo en el Hospital Regional de Puerto Vallarta, Jalisco, en los que perdieron la vida cinco personas por errores humanos.

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico, en el marco de las atribuciones que le fueron conferidas mediante su Decreto de Creación, y una vez que se tuvo conocimiento de las defunciones, intervino de oficio enviando médicos y abogados a aquella localidad para valorar los acontecimientos, con la finalidad de establecer probables causas de negligencia médica que hubieran propiciado el desarrollo y resultado del incidente, y, en su caso, emitir recomendaciones para evitar, en la medida de lo posible, su repetición

Como resultado de la intervención institucional se establecieron los siguientes hechos: el domingo 12 de marzo de 2000, el hospital funcionaba de manera habitual con personal de guardia conformado por siete médicos y trece enfermeras.

### Primer caso

A las 9:25 horas, en el área de pediatría, se suscitó el primer deceso: una paciente

de dos meses y medio de edad, la cual había ingresado a la unidad a consecuencia de una cardiopatía congénita cianógena por trasposición de grandes vasos y foramen oval permeable, con complicación de bronconeumonía.

Bajo tratamiento de antibióticos y oxígeno por mascarilla, la paciente presentó cianosis súbita y paro cardiorespiratorio irreversible a las manobras de reanimación, determinándose como causa de la muerte bronconeumonía y cardiopatía cianógena.

#### Segundo caso

Una hora después se verificó el fallecimiento de una joven de 16 años de edad que había ingresado al servicio a causa de un aborto incompleto, razón que motivó la realización de un legrado uterino bajo anestesia general. Al terminar el procedimiento quirúrgico, la paciente presentó datos clínicos de baja oxigenación,

hipotensión y cianosis; se le trató con intubación endotraqueal y aplicación de oxígeno, sin mejoría alguna, hasta que presentó paro cardiorespiratorio.

#### Tercer caso

Un paciente de 87 años ingresó en estado grave a la sala de medicina interna a

consecuencia de bronconeumonía, derrame pleural bilateral e insuficiencia cardiaca y renal.

Se le aplicó tratamiento con antibióticos, diuréticos, anticoagulantes y oxígeno

por mascarilla. Pese a ello, a las 9:25 horas entró en coma con signos francos de dificultad respiratoria y paro cardiopulmonar. Falleció a las 10:40 horas.

*... una enfermera sufrió irritación de ojos y piel al pasar cerca de una toma de oxígeno; intentó inhalar por una mascarilla de oxígeno y esto provocó una irritación aún mayor.*

#### Cuarto caso

A las 15: 25 horas, en la sala de mujeres del área de medicina interna, falleció una paciente de 91 años con antecedentes de insuficiencia cardiaca y enfermedad pulmonar obstructiva crónica, quien había ingresado al hospital por neumotórax por fractura costal secundaria a traumatismo directo, debido a una caída.

Se indicó tratamiento con analgésicos, antibióticos, broncodilatador y administración de oxígeno por puntas nasales. La paciente presentó paro respiratorio en forma súbita, por lo que fue intubada y se inició ventilación mecánica, sin obtener respuesta cardiopulmonar.

#### Quinto caso

Veinte minutos más tarde ocurrió el deceso de un lactante de sexo masculino de tres meses de edad en el servicio de urgencias pediátricas, a quien se le había diagnosticado neumonía al presentar, minutos antes, vómito con abundantes secreciones bronquiales. A pesar de que se le asistió con oxígeno, tuvo dificultad respiratoria, cianosis y datos de choque que lo llevaron al paro cardiorespiratorio irreversible.

#### Los errores

No obstante estas cinco muertes, ni el personal de servicio ni las autoridades consideraron la existencia de alguna anomalía, aun cuando los decesos ocurrieron

en forma escalonada en diversos servicios. Cuatro de los cinco pacientes tenían padecimientos de tipo cardiorespiratorio y/ o vascular que ameritaban terapia de oxígeno, y la sintomatología que precedió al paro cardiorespiratorio era similar a la que se presenta por intoxicación a causa de inhalación de bióxido de carbono.

La propia gravedad de los pacientes, y en dos casos, su corta edad, impidieron

determinar que los síntomas tenían otro origen. En el caso de la paciente intervenida por legrado, el procedimiento anestésico incluyó la utilización de oxígeno; la grave reacción que presentó fue considerada como choque anafiláctico a los medicamentos aplicados, pues los signos clínicos son similares a la inhalación del gas.

En este contexto, aproximadamente a las 17:00 horas, una enfermera sufrió irritación de ojos y piel al pasar cerca de una toma de oxígeno; intentó inhalar por una mascarilla de oxígeno y esto provocó una irritación aún mayor. La enfermera procedió a informar el hecho al médico de guardia y a la supervisora de enfermería, quienes, tras informar al personal del mantenimiento, acudieron al área de distribución de oxígeno; ahí encontraron un cilindro etiquetado como bióxido de carbono conectado al sistema de distribución de oxígeno.

Aun cuando el caso en conjunto parecía resultado de un hecho accidental, fue necesario deslindar responsabilidades —acciones u omisiones— tanto desde el punto de vista judicial como desde el punto de vista médico.

De esta manera, personal de la CONAMED, de manera paralela a la actuación de las autoridades de procuración de justicia del estado de Jalisco, realizó una inspección ocular en la unidad hospitalaria; se revisaron los expedientes clínicos, se entrevistó al personal médico, paramédico y directivo, y a varios pacientes hospitalizados en los servicios en que ocurrieron los decesos.

#### Análisis del caso

En el curso de la investigación se corroboró la existencia de un cilindro de bióxido de carbono con capuchón naranja en el área de distribución de oxígeno; se hallaron también otros dos cilindros, que efectivamente contenían oxígeno.

En todos los casos se verificó que llevaban capuchones de distinto color, aunque no se apreciaban diferencias en las válvulas de los tres tanques.

También se detectó que no existía un manual de procedimientos para la recepción, el resguardo y la instalación del oxígeno en la unidad hospitalaria; que no había una bitácora que registrara fecha y hora de conexión de los cilindros, ni un responsable de efectuar tal tarea.

La consecuencia de estas omisiones fue la conexión al sistema de distribución de gases de un cilindro equivocado, lo cual propició el fallecimiento de los pacientes a pesar de las acciones adecuadas emprendidas por el personal médico y de enfermería, pues en todos los casos el manejo terapéutico, con base en los signos y síntomas de los enfermos, incluía la administración de oxígeno.

El bióxido de carbono es un gas incoloro e inodoro, imposible de identificar por el olfato; que al inhalarse desplaza el aire de las vías respiratorias y disminuye el oxígeno en los tejidos del organismo, lo que provoca disnea y asfixia y es causa de muerte en pocos minutos.

Los casos de asfixia por inhalación de este gas son raros; es su mayoría, son resultado de la exposición de los individuos en un medio industrial cerrado. La posibilidad de accidentes de esta naturaleza en medicina es todavía más rara; sólo

se explica por descuidos escasamente documentados en la literatura médica.

Como parte de la investigación, se determinó que si bien en nuestro país existen diversos ordenamientos normativos —entre ellos las normas oficiales— que se refieren a la producción, transporte, distribución, almacenamiento, uso y medidas de seguridad en el manejo del oxígeno, no se encontró normatividad alguna que establezca medidas concretas para garantizar absoluta seguridad en la producción, distribución y manejo por parte de las empresas que proveen gases medicinales de uso hospitalario, y que permitan identificar con certeza el contenido de los envases que se entregan a las unidades médicas.

## **Las recomendaciones**

Como resultado de la investigación realizada por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, con el apoyo de especialistas en toxicología, neumología y anestesiología, se determinó la inexistencia de actos de impericia o negligencia atribuibles al personal médico y de enfermería que intervino en la atención de los pacientes fallecidos; se llegó a esta conclusión a pesar del evidente nexo causal entre el deceso de los cinco enfermos y la administración del gas proveniente del cilindro de bióxido de carbono, pues las muertes se desencadenaron a partir de una concatenación de errores que dio inicio con la entrega equivocada de un cilindro con gas nunca solicitado por la unidad hospitalaria.

A este error siguió la recepción del cilindro por parte del personal del hospital, a pesar de que estaba claramente rotulado como bióxido de carbono, y la conexión del tanque a la red de suministro de oxígeno de la unidad hospitalaria; para ello se requirió un intercambio de conexiones, situación a todas luces indebida toda vez que, por cuestiones de seguridad, las válvulas son distintas para cada tipo de gas.

Las consideraciones anteriores propiciaron la intervención de la Procuraduría de Justicia del estado de Jalisco, autoridad competente para deslindar responsabilidades por las múltiples irregularidades que desencadenaron el fallecimiento de los pacientes, y para determinar acciones y omisiones tipificadas como ilícitos por la legislación penal.

De la investigación realizada por CONAMED, se concluyó que las acciones llevadas a cabo por el personal médico y de enfermería que atendió a los pacientes fueron adecuadas, ya que los datos clínicos causados por la intoxicación por bióxido de carbono que llevó al fallecimiento de los cinco pacientes no eran distinguibles de la sintomatología asociada a las complicaciones de sus padecimientos. Los eventos ocurrieron en diferentes áreas de la unidad hospitalaria, lo que impidió detectar que se trataba de una intoxicación causada por el sistema general de suministro de oxígeno.

Para concluir su intervención en estos acontecimientos, la CONAMED emitió recomendaciones dirigidas al gobernador constitucional del estado y a la Secretaría de Salud; en ellas propone la instrumentación de sistemas administrativos de supervisión permanentes y adecuados, por parte de las autoridades hospitalarias, para garantizar la absoluta escrupulosidad en la recepción y el suministro de oxígeno; y la elaboración de una Norma Oficial Mexicana Emergente de observación general y obligatoria tanto para las empresas productoras y comercializadoras de gases medicinales, como para las unidades hospitalarias, con el fin de garantizar su utilización bajo estrictos márgenes de seguridad.

De igual manera, se recomendó indemnizar a los deudos, y que el caso se hiciera del conocimiento del Órgano Interno de Control, para que este realizara las investigaciones necesarias a efecto de determinar las responsabilidades administrativas que procedieran por la actuación de los servidores públicos

involucrados.

Estas recomendaciones, sustentadas en las atribuciones de la CONAMED como instancia especializada que contribuye a mejorar la calidad en la prestación de los servicios médicos, tienen como objeto evitar la repetición de hechos similares.

El análisis del presente caso obliga a resaltar la importancia del adecuado control, selección y capacitación de todo el personal que labora en las instituciones hospitalarias, no sólo de los equipos médicos y de enfermería; pues una supervisión administrativa errónea —calificada como negligencia administrativa— puede costar más vidas que la negligencia médica. Es necesario que la totalidad del personal que trabaja en hospitales cuente con los conocimientos y capacidades propias e inherentes al encargo que desempeña.

Finalmente, vale la pena pugnar por que en todas las entidades federativas se cuente con una Comisión Estatal de Arbitraje Médico que se constituya en una instancia de colaboración permanente para lograr nuestra aspiración: garantizar el derecho efectivo a la protección de la salud.