



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
"CAMPUS ARAGON"

LA FALTA DE PERICIA DEL MEDICO
RESIDENTE DE LA SECRETARIA DE SALUD
DENTRO DEL REGIMEN DE
RESPONSABILIDADES ADMINISTRATIVAS

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN DERECHO
P R E S E N T A :
MARTHA ALARCON AGUILAR

ASESOR: LIC. MANUEL MORALES MUÑOZ

MÉXICO

1997.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A Dios, por darme la vida y... hasta este momento

**Con todo mi amor a mis Padres José
Inés Alarcón Arangure y Concepción
Aguilar Benítez, por ser quien soy
y por este invaluable regalo.**

**A Salvador Francisco Jhwestes Ramírez,
amor y compañero de mi vida. A mi hija
Yadira, mi pequeño Luisito y mi suegra Ma.
Eva Ramírez Torres, por su constante
motivación, apoyo, sacrificio y cariño.**

A todos mis hermanos por su valioso ejemplo.

**A Juan Elizalde Cortés y Rosario Jhwestes
Ramírez, por su incondicional apoyo y
amor.**

Agradecimiento

Con mi mayor gratitud a la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Campus Aragón, de la Universidad Nacional Autónoma de México, por haberme recibido en sus aulas y ayudarme a ser una persona útil a mis semejantes.

INDICE

		Página
Introducción		1
<u>CAPITULO PRIMERO</u>		
CONSIDERACIONES HISTORICAS SOBRE LA MEDICINA		
1.1	Su origen, práctica y enseñanza.....	5
1.2	La medicina en México	
1.2.1	Epoca precortesiana.....	18
1.2.2	Epoca colonial.....	21
1.2.3	Epoca independiente.....	27
1.3	El derecho a la protección de la salud en México.....	30
1.3.1	Servicios de atención médica.....	36
<u>CAPITULO SEGUNDO</u>		
MEDICOS RESIDENTES		
2.1	Consideraciones generales.....	43
2.2	Conceptos fundamentales: médico residente, residencia y unidad médica receptora de residentes.....	45
2.2.1	Antecedentes de las residencias médicas.....	48
2.3	Actividades del médico residente.....	54
2.3.1	Naturaleza jurídica del médico residente.....	60
2.4	La responsabilidad en el ejercicio de sus actividades.....	61
2.4.1	Régimen académico.....	64
2.4.2	Régimen profesional.....	68

2.4.3	Régimen laboral.	77
2.4.4	Régimen de servicio público.	84

CAPITULO TERCERO

LA FALTA DE PERICIA DEL MEDICO RESIDENTE DE LA SECRETARIA DE SALUD DENTRO DEL RÉGIMEN DE RESPONSABILIDADES ADMINISTRATIVAS.

3.1	Generalidades.	86
3.2	Régimen de responsabilidades administrativas.	
3.2.1	Fundamento.	89
3.2.2	Objeto.	92
3.2.3	Sujetos.	94
3.3	La impericia de los médicos residentes como causa de responsabilidad administrativa	
3.3.1	Causas de responsabilidad administrativa.	95
3.3.1.1	Concepto de impericia.	97
3.3.1.2	Diversas consideraciones.	97
3.4	Condiciones en que el médico residente realiza su adiestramiento.	104
3.4.1	Procedimiento administrativo disciplinario.	114
3.4.2	Actuación de la Secretaría de Salud.	117
3.4.3	Consecuencias.	124
	Conclusiones.	130
	Bibliografía.	138

INTRODUCCION

La salud y el bienestar de la sociedad son una condición para que la vida se desenvuelva en un ambiente armónico, por lo que la eficiencia en los servicios de salud que se presten, es la base para que los habitantes de todas las edades se alejen de enfermedades que les causen dolor y entorpezcan el cumplimiento de sus tareas.

En la actualidad existe una demanda creciente de atención médica en los sectores de la población, y si bien es cierto que esta necesidad de asistencia curativa se manifiesta desde los orígenes de la humanidad, también lo es que se ha ido incrementando a medida que se van conociendo los adelantos en el tratamiento de enfermedades, como consecuencia del avance dinámico de la medicina.

Asimismo, con motivo de la reforma al artículo 4o. Constitucional que consagró el derecho a la protección de la salud, se ha generalizado el concepto de que la salud es uno de los derechos humanos, lo que naturalmente ha multiplicado la demanda de atención médica, en la que los recursos humanos para la salud son fundamentales para ser satisfecha, así como su permanente actualización para el desarrollo de su profesión. Dentro de este grupo se ubican los médicos residentes, que en su calidad de educandos se someten a un período de adiestramiento práctico para adquirir una especialidad, dentro de una rama específica de la medicina. La enseñanza es la forma más efectiva de mejorar las acciones médicas, y los residentes a través de ella aumentan sus conocimientos y los aplican en su trabajo diario mejorando la atención a los enfermos.

Por otro lado, se sabe que la obligación del médico es aportar todos sus conocimientos técnicos y científicos, verificando que su aplicación sea siempre en beneficio de la salud del paciente. No obstante, también es sabido que la práctica de la medicina conlleva riesgos, y aún cuando el diagnóstico es claro y sigue la forma correcta de terapéutica, existe la posibilidad de que el resultado sea insatisfactorio, ya que nadie puede predecir con certeza el resultado de la actuación profesional. Tratándose de médicos residentes el riesgo de incurrir en un error es mayor, ya que como parte de su formación profesional proporcionan servicios de atención médica para adquirir

habilidades y destrezas, por lo que dentro de su instrucción académica pueden causar daños a la salud de sus pacientes.

Su condición de imperitos los coloca en una situación de peligro, ya que en nuestros días, los casos de responsabilidad profesional médica han generado en muchos ciudadanos la inquietud de que las leyes en esta materia se cumplan. En muchas ocasiones el paciente queda inconforme porque sus expectativas de curación no se cumplen en su totalidad o por el surgimiento de complicaciones adicionales que afectan su salud, dando lugar al ejercicio de acciones legales en perjuicio de estos médicos. Los pacientes esperan un resultado perfecto, y si algo anda mal, la tendencia es buscar a alguien a quien culpar y posiblemente demandar. El paciente no es capaz de aceptar lo que ocurrió como resultado natural, aunque imperfecto.

Considerando que estos médicos están en periodo de adiestramiento en aras del bien común, esta situación trasciende además a la eficaz prestación de los servicios de salud que el gobierno se encuentra obligado a proporcionar, en cumplimiento a la garantía social de protección a la salud, por lo que dada la importancia que para el país representa la salvaguarda de este derecho, se deben tomar las medidas que sean necesarias para garantizar que estos médicos concluyan su formación profesional satisfactoriamente, que les permita cumplir su importante función social.

En este contexto, si toda persona tiene derecho a disfrutar de un estado pleno de salud y el gobierno la responsabilidad de proveer lo necesario para ese fin, como lo es estimular y promover la formación de médicos especialistas, en la práctica profesional hemos observado que a los médicos residentes de la Secretaría de Salud, indebidamente se les atribuye responsabilidad administrativa cuando causan daños a la salud de los pacientes por su impericia, y cuando son sancionados, se les sugiere contratar los servicios de un abogado particular.

Esta actuación en contra del médico residente la estimamos contraria a derecho y al bienestar social, ya que por una parte, se omite considerar que por su propia naturaleza estos médicos son imperitos y que por ende, no vulneran los principios que el régimen de responsabilidades administrativas tutela y por otra, se olvida que estos

médicos son un grupo de apoyo importante para proteger la salud de los habitantes del país, tanto por la labor asistencial que realizan, como por el alto nivel de conocimientos y habilidades que tienden a adquirir con motivo de su adiestramiento, por lo que al no otorgarles garantías que les permitan continuar su capacitación y alcanzar una verdadera y seria formación profesional, para mejorar la calidad de los servicios de salud en beneficio de la población, evidentemente se actúa en perjuicio del mejoramiento de las condiciones de bienestar social, dado que se afecta tanto a estos prestadores de servicios de salud como a la población demandante.

Esta situación nos motivó a estudiar a fondo la impericia de estos médicos dentro del régimen de responsabilidades administrativas, bajo el supuesto exclusivo de la mala práctica en que incurren durante su formación académica precisamente por su falta de pericia, el marco normativo que regula su actividad, las condiciones bajo las cuales realizan su adiestramiento, los derechos que tienen a su favor ante las condiciones especiales en que ejercen la medicina y definir la actuación de la Secretaría de Salud ante este tipo de eventos para que los residentes concluyan satisfactoriamente su formación profesional y en beneficio además de los usuarios de los servicios de salud y en su caso, proponer las bases para una reforma a las disposiciones legales vigentes, considerando principalmente que estos médicos cometen errores como estudiantes y que finalmente su formación profesional es en beneficio de la población demandante de sus servicios.

Para tal efecto, nuestro estudio se divide en tres capítulos y tratando de seguir un proceso de análisis deductivo, en principio describimos históricamente aspectos relativos a la medicina tales como su origen, práctica y enseñanza, así como su evolución, a fin de advertir la importancia de su ejercicio y la forma más eficaz para su aprendizaje, dado que el médico residente es ante todo un estudiante. Así también nos referimos al derecho a la protección de la salud, que en nuestros días es una garantía social a favor de los mexicanos que el gobierno se encuentra obligado a salvaguardar.

En el segundo capítulo enfocamos nuestra atención a los médicos residentes, y en primer lugar hacemos referencia a sus antecedentes. Posteriormente, basados en un marco teórico, conceptual y normativo, analizamos las actividades que realiza dentro de

su instrucción académica; intentamos definir su naturaleza jurídica y tratando de adaptarnos a lo reducido de este trabajo, concluimos nuestro estudio con una reflexión sobre la responsabilidad profesional en que puede incurrir dentro del marco jurídico que regula su actividad.

En el último capítulo nos concretamos al régimen de responsabilidades administrativas y estudiamos su fundamento, objeto y sujetos de dicho régimen; reflexionamos sobre la impericia de estos médicos como causa de responsabilidad administrativa, sobre las condiciones en que desempeña su adiestramiento y analizamos la actuación de la Secretaría de Salud en estos casos, para finalmente definir las consecuencias que se generan y establecer nuestras conclusiones.

Estimamos importante señalar, que si bien el gobierno es el directamente responsable de garantizar el derecho a la protección de salud de todos los mexicanos, por lo que a él corresponde mejorar la atención médica mediante la adecuada formación de recursos humanos, también la sociedad como usuarios de los servicios deben participar de este compromiso, ya que los médicos actúan en su beneficio.

Los médicos son un componente irremplazable para realizar cualquier tarea en el campo de la salud y la formación de recursos humanos calificados es indispensable para dar atención médica especializada y elevar los niveles de atención médica que demanda la población enferma del país.

Si tienen en sus manos la salud y vida de los pacientes y su labor debe ser de excelencia, ello sólo se logra mediante el estudio continuo y la capacitación.

CAPITULO PRIMERO

CONSIDERACIONES HISTORICAS SOBRE LA MEDICINA.

1.1 Su origen, práctica y enseñanza.

La generalidad de los autores consultados, coinciden en que la medicina es tan antigua como la enfermedad y que las enfermedades aparecen simultáneamente con la vida. Se ha encontrado que los animales prehistóricos padecieron enfermedades desde las épocas mas remotas, por lo que se infiere que antes de aparecer el hombre en la tierra ya existían las enfermedades. Se tienen evidencias de fracturas y contusiones en restos fósiles de dinosaurios y existen pruebas de que estos huesos se curaron y no soldaron, con lo que se demuestra que estos animales anduvieron cojeando a través de un mundo que el hombre no conoció.

Por lo que hace al hombre, se ignora el momento exacto de su aparición. Existen descubrimientos y estudios que permiten asegurar que los antepasados más o menos directos del hombre existieron hace aproximadamente dos millones de años. Son seres de los cuales se ignora casi todas las características de civilización y aunque muestran rudimentos de cultura, es imposible presentar sobre ellos algún panorama médico.

Se supone que su existencia transcurrió en las más duras condiciones, luchando continuamente por sus alimentos, practicando el canibalismo y resguardándose para el descanso en cuevas u oquedales. Los accidentes y enfermedades existieron aunque no quede constancia de ello. El doctor Germen Solomillos¹ afirma que tal vez hubo una

¹ Historia de la Medicina. México, Ed. Pormaca, 1964. págs. 2-5

terapéutica intuitiva y que con seguridad se desarrollaron casos de auxilio mutuo encontrados frecuentemente hasta en el reino animal. Sin embargo, como no se conocen los primeros elementos de la civilización humana, no se puede juzgar la atención médica de los hombres primitivos, por lo que ha sido necesario identificar los instrumentos encontrados, interpretar pinturas, explorar sus antiguas moradas y reconstruir lo más posible el plan de vida con sus fuentes nutritivas, las técnicas de lucha, de caza y pesca; estudiar sus industrias elementales como el tallado de la piedra, el curtido de las pieles y la alfarería, para poder deducir y establecer los procedimientos curativos de que disponía la humanidad prehistórica.

Se dice que los conocimientos médicos más antiguos pertenecen al Paleolítico inferior (más de 600 mil años a.C.) y que eran practicados por homónimos de la llamada raza Neanderthal; individuos toscos, de escasa estatura y elevada capacidad craneal. Del Paleolítico superior los datos son más numerosos con la raza Cromagnona, de aspecto y características mucho más próximas al hombre actual y con los cuales se pueden establecer con seguridad muchos principios dudosos o ignorados en épocas pasadas.

La patología de las razas prehistóricas es conocida por deducciones sobre sus instrumentos de caza y lucha, el régimen de vida y los restos óseos conservados. La mayor parte de los restos prehistóricos patológicos muestran lesiones de tipo traumático, secuelas de la vida ruda en lucha perpetua con los animales e incluso con el hombre mismo. Se han encontrado restos en que aparecen enclavadas dentro del hueso puntas de flechas primitivas y algunos que presentan curaciones incompletas o defectuosas que debieron ocasionar incapacidad funcional o invalidez y se han identificado también enfermedades no traumáticas como la artritis y alteraciones dentarias. Además se afirma la existencia de procesos tumorales y cancerosos, parasitosis, enfermedades sépticas e infecciosas.

De esta manera el origen de la medicina se fija en la época de los clanes primitivos de la edad de piedra, dado que a partir de ahí existen testimonios que pueden interpretarse sin objeción como prueba de la existencia de médicos.

Establecido el origen de la medicina y advirtiendo que surge como una reacción instintiva del hombre para librarse de sus dolencias físicas y que los seres humanos se enfrentaban a los rigores de la naturaleza sin medios de defensa, enseguida se hace referencia dentro de su evolución a ciertos aspectos relacionados con su práctica y su enseñanza.

La primera observación médica del hombre, tuvo que recaer en lesiones causadas por agentes vulnerantes y cuerpos extraños como piedras, flechas, un animal o cualquier elemento que incide, golpea o se introduce en el organismo, de tal manera que el médico en sus comienzos fue mas bien cirujano en el sentido simplista de la palabra, limitándose su labor a curar traumatismos y extraer cuerpos extraños del organismo.

Cuando la enfermedad no se atribuía a una causa externa conocida, era difícil concebir la manera de tratarla, por lo que por derivación natural y elemental del pensamiento, se suponía al enfermo atacado por un elemento invisible, que actuando como cuerpo extraño desarrollaba las manifestaciones de la enfermedad. Estos agentes invisibles de la enfermedad en la concepción primitiva eran demonios, espíritus humanos o no, influjos astrales, agentes enviados por conjuro, etc., y como su acción no estaba bien definida en ningún caso, en conjunto se dio lugar a una medicina llamada demoniaca. Como el médico necesitaba armas sobrenaturales en relación con

los elementos a combatir, inventó un falso arsenal de reglas y conceptos que constituyeron la magia.²

La magia médica es una ciencia falsa que sigue un camino equivocado y su práctica estaba reservada al mago, hechicero o curandero de la tribu, quien la practicaba como magia privada dedicada a un caso específico o como magia pública para beneficio o daño de toda la comunidad. Por regla general su ejercicio recaía en individuos mejor dotados, con inteligencia superior al nivel medio de la tribu; buen sentido crítico, astutos, audaces y poco escrupulosos en el uso de los medios para conseguir su objeto.

El hechicero forjaba una ceremonia complicadísima en sus intervenciones, sus acciones tenían por objeto ahuyentar a los espíritus del mal, causa de las enfermedades. Toda la ceremonia tenía por objeto mantener y aumentar el temor y reverencia que el hechicero inspiraba a los suyos, vivía aislado de la tribu, se comportaba de modo distinto, se vestía de diferente manera y el hecho de que los demás creyeran ciegamente en tal dominio realmente le proporcionaba un cierto poder curativo.

Este hombre atribuía a los espíritus gustos muy parecidos a los suyos y se imaginaba que hierbas amargas o menjurjes de mal sabor que a él repugnaba tenían también que repugnar al espíritu, quien abandonaría el cuerpo. Con esta idea el "hechicero-médico" preparaba unos compuestos de frutas amargas, raíces, cortezas y carne de determinados animales. La mayoría de estos brebajes no poseían virtud curativa alguna pero hacían vomitar al paciente, e incluso a veces administraban unos que verdaderamente eran remedios contra la enfermedad.

² Ibid. pág. 9

Eran tantas las ventajas del hechicero, que todos los jóvenes querían pertenecer a esa orden favorecida, pero existía el inconveniente de que el hechicero tenía que acertar siempre. Cuando las enfermedades, el enemigo, inundaciones o sequía caían sobre la tribu, él era el responsable de evitar o remediar tales calamidades satisfactoriamente y de no ser así, debía dar una explicación que justificara su impotencia, pues se encontraba en situación difícil, ya que otros miembros de la tripu solían ser tan violentos como crédulos y el hechicero que fracasaba varias veces lo pagaba con la vida.

En lo que se refiere al rubro de la enseñanza de la medicina, los hombres de las tribus legaron a la humanidad al doctor en medicina, hombre que dedicaba su vida al cuidado del enfermo y a evitar que se propagaran las enfermedades, esos mismos hombres, no obstante sus creencias falsas, crearon las bases de la higiene, del uso de medicamentos, de la cirugía e incluso de la enseñanza médica, ya que si bien los pueblos primitivos basaban sus conocimientos de las causas de las enfermedades en teorías falsas, tropezaban de vez en cuando con hechos importantes, aún y cuando las explicaciones que les daban a estos hechos eran equivocadas.³

El hombre primitivo como el de hoy sufría dolores de estómago por comer cosas indigestas y la repetición de los dolores de estómago por comer sustancias le fueron obligando a establecer una relación entre comida indigesta y dolor. De esta manera, lenta y dolorosa fue aprendiendo muchos principios en los que se basa la higiene, principios que legaba a sus descendientes.

Los médicos primitivos guardaban celosamente su caudal de creencias, tradiciones y métodos que acumulaban al pasar del tiempo, y solo los revelaban a los jóvenes que en calidad de aprendices estudiaban bajo su tutela. Antes de que estos

³ Ceferino Palencia Oyarzabal. El Médico. Transcurso Histórico. España, Ed. Everest, 1983. págs. 20-26

estudiantes fueran finalmente iniciados en la orden de la hechicería, tenían que demostrar ante toda la tribu reunida en asamblea la habilidad que habían adquirido para dominar los espíritus.

Una vez que el hechicero era nombrado oficialmente se le aseguraba una vida desahogada y honorífica; no tenía que tomar parte en los trabajos del campo, se le proveía de casa y comida, infundía a todos el mayor respeto, se le veneraba y gozaba de una existencia ociosa.

No se conoce con certeza en qué momento dejó la medicina de ser primitiva, ya que su transformación no suponía necesariamente una mejora en las perspectivas del paciente, sino que a menudo significaba simplemente la imposición de tratamientos, basados en suposiciones equivocadas acerca de la naturaleza de la salud y la enfermedad.

Sin embargo, dice el doctor Hernán San Martín⁴ que la profesión médica apareció establecida en forma independiente hace unos 5000 años o más en Egipto y Babilonia. A continuación se citan algunos aspectos relacionados con la práctica y enseñanza de la medicina en algunas culturas, que permita asimismo advertir su evolución.

En la cultura de los Sumerios, Babilonios y Asirios, surgió un sistema completo de medicina sacerdotal, influenciada por la medicina mágica, la teología y la astronomía. Para el ejercicio de la medicina existían prescripciones escritas en tablillas de arcilla, donde se describían los síntomas de la enfermedad, la forma de curarla y el procedimiento para aplicar el medicamento. En Babilonia y Asiria la medicina sacerdotal estaba confiada a una casta profesional que hacía intercambio de

⁴ Salud y Enfermedad. 4ª. ed. México. Ed. La Prensa Médica Mexicana, 1990. pág. 862

conocimientos en los templos y conservaba celosamente su sabiduría acerca de la medicina de la época.

Entre las reglamentaciones más importantes en relación con la medicina destaca el Código de Hammurabi promulgado hace unos cuatro mil años. En este se señalaban además de las tarifas que se debían pagar a los cirujanos según la condición económica del paciente, ya fuera libre o esclavo; las sanciones a que se hacía acreedor un médico que producía una lesión, destruía un órgano u ocasionaba la muerte. Este Código es uno de los cuerpos de leyes más antiguos que se conoce y consiste en una recopilación de leyes y costumbres mucho más antiguas. Consta de 200 incisos de los cuales once se refieren a la práctica de médicos y veterinarios, de los que cabe mencionar los siguientes:

- Si un médico ha tratado a un hombre libre, con un cuchillo metálico, por una herida grave y lo ha curado, o por un tumor, y ha curado su ojo, recibirá diez siclos de plata.
- Si ha tratado al hijo de un plebeyo, recibirá cinco siclos de plata.
- Si ha tratado a un esclavo, el amo de éste le entregará dos siclos de plata.
- Si un médico ha tratado a un hombre con un cuchillo metálico, por una herida grave, y le ha causado la muerte o ha abierto un tumor en un hombre, con un cuchillo metálico, por una herida grave, y le ha causado la muerte o ha abierto un tumor en un hombre, con un cuchillo metálico, y le ha destruido un ojo, se le amputarán las manos.
- Si un médico ha tratado al esclavo de un plebeyo, con un cuchillo metálico, por una herida grave y le ha provocado la muerte, entregará esclavo por esclavo.
- Si le ha abierto un tumor, con un cuchillo metálico, y le ha destruido un ojo, pagará la mitad de su precio, en plata.
- Si el médico ha curado un hueso fracturado de un hombre libre, o ha restaurado la carne enferma, el paciente le entregará al médico cinco siclos de plata.
- Si fuera el hijo de un plebeyo, se le entregarán tres siclos de plata.
- Si fuera esclavo de un hombre, el amo del esclavo entregará al médico, dos siclos de plata.

Con estas leyes babilónicas de Hammurabi, se demuestra que hace cuatro mil años existió una profesión médica regular y reconocida, que pretendía realizar cirugía, observaba sus responsabilidades legales y funcionaba según una escala de honorarios móvil basada en la condición social del paciente. Las sanciones que se podían aplicar

al médico en esos tiempos, podían ser desde el pago necesario para indemnizar al enfermo libre o al dueño de un esclavo, hasta la amputación de las manos del médico, quien a veces pagaba con su propia vida cuando se consideraba que había incurrido en una falta grave en su ejercicio profesional.⁵ En consecuencia, las regulaciones de la salud eran estrictas y el Código de Hammurabi especificaba tanto tarifas como sanciones con base en la ley del talión, que sólo se aplicaban al mal ejercicio de los cirujanos.

Por lo que hace a la cultura del antiguo Egipto, la clave del origen de la patología radicaba en la idea de la posesión demoníaca y los documentos médicos estaban llenos de invocaciones y ensalmos que debían usarse junto con los remedios. Como en todas las culturas antiguas, la génesis de la enfermedad se interpretó como producto del azar o como castigo de los dioses debido a una transgresión social o religiosa. Sin embargo, en algunos casos se invocaron otras causas cuya influencia era empíricamente obvia como los alimentos, venenos o producto de la especulación como los vientos o la presencia de gusanos.

En cuanto al ejercicio profesional, el médico laico o escriba, cuyo ejercicio estaba al servicio de los nobles o del Estado, no era el único que tenía funciones sanadoras, ya que eran compartidas con los sacerdotes (enfermedad como castigo divino) y con los magos (enfermedad como posesión demoníaca), siendo la actividad de estos últimos más ritual que empírica.

Con frecuencia la profesión del sanador era hereditaria y requería de aprendizaje. En un principio, cerca de los templos y a veces incluida dentro del mismo recinto, se encontraba el área destinada a la enseñanza de la medicina, en algunos casos estaba aparte y se llamaba "casa de la vida". La enseñanza era realizada

⁵ Manuel Barquin. Historia de la Medicina. 8ª ed. México. Ed. Méndez, 1994. pág. 21

fundamentalmente por médicos reales que siempre eran buscados por una clientela numerosa, por lo que daban poco rendimiento en el campo de la enseñanza. En estos lugares se preparaban los medicamentos que necesitaban los profesionales de la medicina para realizar su terapéutica.

Este era el lugar donde el estudiante aprendía las diferentes partes del cuerpo humano, la identificación de las enfermedades y la forma de recoger plantas y otros elementos que servían como terapéutica medicamentosa. Se les enseñaba lo mismo a curar que a sacar dientes, a practicar cirugía sencilla y a realizar trepanaciones. Después de una estancia más o menos larga en estos lugares los estudiantes de medicina eran purificados, se les vestía de blanco, se les rapaba, se les depilaba totalmente, se les alimentaba con agua hervida y se les prohibía determinados alimentos. La enseñanza de la medicina se basaba fundamentalmente en la atención directa del paciente, como presupuesto necesario para adquirir conocimientos y habilidades en su ejercicio.

En referencia a la actitud del médico frente al paciente, en el antiguo Egipto existió el llamado papiro de "Edwin Smith", que se calcula de una antigüedad de 1700 años a.C. En éste se encuentran relatados algunos aspectos de la práctica de la medicina, como era la potestad del médico de decidir si se comprometía a curar al enfermo o a desahuciarlo y a no aceptar la responsabilidad de que posteriormente muriera si tenía la seguridad de que iba a morir, con lo que se advierte que en esta época y como un medio de defensa, el médico podía negarse a atender a un enfermo y liberarse de responsabilidad.

Además, en este texto se expusieron una serie de casos clínicos que revelaban un método de examen y una precisión diagnóstica muy elaborados. Al parecer, a partir de esta época el conocimiento médico empezó a acumularse por medio de la escritura

que había sido inventada por Egipto y Mesopotamia. Algunos de estos escritos revelan conocimientos bastante exactos sobre enfermedades existentes en esa época.

En una serie de recopilaciones legales célebres de tiempos antiguos, estaba estrictamente reglamentado el ejercicio profesional, el cual debía seguirse principalmente por los médicos que ejercían en forma de médicos generales, que estaban expuestos a ser acusados por sus pacientes o sus familiares en caso de un fracaso, sobre todo cuando se había comprometido a aceptar al enfermo para curarlo. Estos reglamentos servían para defender al médico que se había apegado a los textos antiguos y podía ser absuelto cuando fuera acusado. En otros casos también podía ser condenado a muerte por no haberse apegado a los textos clásicos.

Cabe mencionar que además había médicos especialistas en diversos campos que se reunían en la casa de la vida, por ejemplo de los ojos, cabeza, abdomen, cirugía, dientes, enfermedades "invisibles" y para la trepanación exclusivamente. Al respecto, dice el doctor Manuel Barquín⁶ que es posible que estos especialistas no lo fueran en el sentido actual del término, ya que podían ser sólo auxiliares encargados de aplicar determinados tratamientos a diferentes partes del cuerpo, y que además de médicos sacerdotes y médicos laicos también ejercían algunos hechiceros.

Señala que los médicos-sacerdotes se especializaron exageradamente, de tal manera que llegaron a existir especialistas en el diagnóstico de una o pocas enfermedades, o de uno o pocos órganos del cuerpo, y si bien fueron hábiles cirujanos tuvieron ideas equivocadas acerca de la anatomía y fisiología; sin embargo, fue así como desde fecha temprana el ejercicio de la medicina contó con especialidades, tanto médicas como quirúrgicas, cada una de ellas bajo el manto protector de uno o varios dioses.

⁶ Ibid. págs. 28-35

En lo que respecta a la aportación Griega y Romana destaca Hipócrates, a quien se acredita haber liberado a la medicina de las adherencias mágico religiosas, haber insistido en la observación y en el registro exacto de historiales clínicos y en hacer posible la primera diferenciación sistemática de las enfermedades basándose en el estudio de éstas, además de haber establecido para los médicos algunas normas como el juramento Hipocrático. Las características más sobresalientes de la medicina griega fueron su origen filosófico, empírico, el desarrollo de la observación clínica y el hombre considerado como un ser social. Hipócrates manifestó un gran respeto por los pacientes.

En esta cultura la medicina se apartó de la magia, negándose a ser guiada ciegamente por la superstición o las creencias tradicionales. Se comenzaron a buscar las causas de los fenómenos naturales, incluyendo también la fisiología y la patología del ser humano. El gran legado de los filósofos griegos fue su insistencia en una búsqueda genuina y en un pensamiento crítico, su exigencia de pruebas basadas en argumentos lógicos y su investigación en las causas tendientes a ensanchar los conocimientos, tuvieran éstos o no una aplicación práctica inmediata.⁷ Fue así como la aparición de Hipócrates dio un giro a la medicina, de lo empírico y mágico hacia lo científico.

En cuanto al ejercicio profesional, a veces el médico podía desempeñar un cargo público percibiendo un salario anual que era sufragado por los ciudadanos por medio de un impuesto especial. Por su práctica privada también podían recibir honorarios y presentes. La reputación del médico se basaba en su devoción profesional, su elevada calidad ética y certera actuación. Si la ciudad sufría una calamidad pública el médico trabajaba gratis.

⁷ Gordon Scorer, et. al. Problemas Éticos en Medicina. Barcelona, Ed. Doyma, 1983, pág. 15

De acuerdo con el juramento de Hipócrates, la medicina en esa época se practicaba en el seno de una casta cuya tradición se transmitía de padres a hijos o a los pocos discípulos. Consideraban sagrada la vida humana y se debían abstener de realizar maniobras falsas, debían guardar celosamente el secreto profesional y esperar a que la sociedad a la que servían les compensara con la justa retribución. Hipócrates es considerado como el padre de la medicina occidental y representa el espíritu científico en la medicina antigua, y Galeno, que vivió en el siglo II d.C., continuó el sistema de Hipócrates y desarrolló más el sentido clínico de la medicina.⁸

Por lo que hace al pueblo romano, dentro de su legislación existía una reglamentación especial, en relación con los ordenamientos que debían observarse para fundar ciudades, para la construcción de casas, para el saneamiento de las tierras y una ley, la Aquilia, que se promulgó para vigilar el ejercicio de los médicos y los hacía responsables en caso de negligencia profesional, así como la ley Cornelia, que se instituyó para castigar con pena de muerte o con la deportación a un médico que hubiera ocasionado la muerte a un enfermo, voluntariamente por descuido punible.⁹ Así se advierte que en este entonces ya se habla de un acto médico negligente o "voluntario por descuido punible", lo que implica el reconocimiento de la existencia de actos médicos donde el daño producido como resultado de un tratamiento médico podía no ser negligente o producto de un descuido.

Para concluir con estas referencias históricas, cabe mencionar que en la época del cristianismo, hacia el siglo IV d.C., se produjo un cambio muy grande en la orientación de la medicina occidental. La medicina cristiana se organizó como un trabajo caritativo para los pobres y sus métodos se basaron más en la fe que en el

⁸ Manuel Barquin. Op. cit. pág. 132

⁹ Ibid. pág. 167

conocimiento científico. La doctrina cristiana y la helenística (heredera de la griega) eran irreconciliables. Los cristianos que estudiaban con Galeno o seguían sus ideas, eran eliminados de la iglesia cristiana por dedicarse a estudios "paganos".

No obstante, surgió una institución que se ha mantenido inmutable hasta nuestros días que es "el hospital" y además en esta época se fundaron escuelas, las cuales proporcionaron las bases necesarias para la rápida expansión de los conocimientos que se produjeron durante la época del Renacimiento.

El Renacimiento comenzó en Italia a finales del siglo 1300 y alcanzó su clímax unos 200 años después. En esta época que significó una gran revolución cultural, económica y social, se produjo un cambio en Europa, especialmente durante los siglos 1500 y 1600 como consecuencia de la caída del poder feudal, el nacimiento del capitalismo y el auge de una nueva clase social, la clase media o burguesía. Esta época significó la rebelión contra lo tradicionalmente establecido. Se dio un gran impulso a la ciencia y particularmente a la medicina, dejando muy atrás los sistemas médicos de otras civilizaciones.

Con la difusión de los nuevos conocimientos las normas de la práctica médica volvieron de nuevo a preocupar, por lo que tomando en cuenta que la medicina estaba con demasiada frecuencia en manos de charlatanes o monjes analfabetas, en 1518 se autorizó la formación de un cuerpo de médicos calificados, que en 1551 se convirtió en una institución (Royal College of Physicians de Londres), que tenía poder para decidir quién podía ejercer la medicina dentro de la ciudad o en un radio de siete millas alrededor y para examinar y conceder licencia a médicos en todo el reino. Llegó el momento en que se podían imponer multas a los que ejercían sin licencia y contar con autorización para diseccionar cada año los cuerpos de los criminales ajusticiados con el fin de mejorar así los conocimientos de anatomía. Se empezaron a hacer

disecciones en el cuerpo humano, (criminales que habían sido colgados) y así surgió la anatomía moderna. La cirugía se vio como un arte.¹⁰

A partir del siglo XIX se perfeccionó la ciencia y se dio firmeza al aprendizaje y al desarrollo de las actividades en el arte de curar. Fue a mediados de este siglo con el desarrollo de las especialidades, cuando se dieron la mayor parte de los cambios que tuvo la medicina, las cuales alcanzaron su auge en el siglo XX, donde los estudiantes que más habían impresionado a sus examinadores no sólo se dividieron en médicos y cirujanos, sino en grupos más provechosos, atentos a un determinado tipo de enfermedad o a un particular órgano del cuerpo.

1.2 La medicina en México.

1.2.1 Epoca precortesiana

Como se dijo, el hombre primitivo desarrolló la magia como un medio para protegerse del ambiente hostil en que vivía. Su vida estuvo llena de riesgos y todo lo que le rodeaba era misterioso para él. Para subsistir, tener éxito en la caza, para no enfermar o morir, necesitaba poderes especiales que controlaran las fuerzas naturales o sobrenaturales que lo agredían; la magia y la religión fueron sus primeras formas de protección.

No se conoce en forma precisa cuál es el origen real de la medicina americana y cuál de las diversas tribus fue la primera que la cultivó; sin embargo a través de la historia, como todas las comunidades primitivas, presentaron una forma rudimentaria

¹⁰ Gordon Scorer. et. al. Op. cit. págs. 17-18

de medicina mágica que trataba de remediar las enfermedades.¹¹ Es así como la medicina indígena al nacer se confundía con la brujería y el conocimiento se quedaba en superstición. Eran el sacerdote y el hechicero los únicos que luchaban contra la enfermedad, uno aplacando la cólera de los dioses y otro conjurando la acción de los astros y los espíritus malignos.

A principios del siglo XVI, antes de la conquista de América, la federación de pueblos indígenas que existía eran poseedores de una alta civilización. En los aztecas, cabeza del Imperio, convergían las herencias de cultura de muchas otras razas aborígenes, cuya época de esplendor había tenido lugar muchos siglos antes, culturas quizá contemporáneas de las de Egipto, Babilonia o Grecia.

Uno de los aspectos superiores de la cultura indígena era el desarrollo que habían alcanzado las ciencias naturales. La botánica, sobre todo la aplicada a la medicina, era en aquel siglo superior a la Europea. Al indio le preocupaba más que el conocimiento biológico en sí, la aplicación farmacológica de las plantas y así surgió el herbolario que sucedió al brujo y que anunció al médico.¹²

En cuanto al modo de ejercer la profesión, lo mismo entre los mayas que entre los aztecas, llegaba el enfermo en solicitud de consulta, lo recibía el médico en su casa y tras de preguntarle el sitio de su molestia y el tipo de su trastorno formulaba inmediatamente su diagnóstico, pero no un diagnóstico en que se identifica una enfermedad, sino lo que al médico indio le interesaba era hacer el diagnóstico de la causa, por lo que su medicina se confundía a menudo con la hechicería o la religión, y así la causa resultaba ser el enojo de un dios, el paso de un cometa, el contacto con un

¹¹ Manuel Barquin, *Op. cit.* pág. 75

¹² Ignacio Chávez, *México en la Cultura Médica*. México, Ed. FCE. 1987. págs. 17-22

vicioso, un pecado cometido o el abuso en la ingestión de alcohol, por lo que la causa quedaba escondida en el limbo confuso que hay entre la magia y la hechicería.¹³

Venía después el tratamiento influido por el diagnóstico, en donde las drogas eran uno de los tantos elementos en la cura, así como fundamentalmente el conjuro, el ruego a los dioses y la ofrenda para calmarlos, el poder mágico del curandero y sus prácticas de hechicería. Mas que confiar en su farmacología para vencer un mal, confiaban en captar la fe del enfermo y la voluntad de los espíritus dañinos.

Sin embargo, los conocimientos de los indios en patología y cirugía, sin tener el desarrollo de su terapéutica eran estimables, ya que sabían reconocer muchos padecimientos de los distintos aparatos y sistemas, y a todos les concedían individualidad clínica y a veces les reservaban un tratamiento especial. En este tiempo de cirugía precaria, los conquistadores recurrieron muchas veces a cirujanos indios para curar sus heridas. Los aztecas y con ellos muchos pueblos, habían aprendido a diferenciar enfermedades, base de toda clínica y para cada una de ellas tenían un nombre específico.

No obstante estos aciertos, dominaba en la medicina indígena una mezcla confusa de errores y supersticiones. Más que el efecto de agentes exteriores, que rara vez captaron, la enfermedad era para ellos castigo o venganza de los dioses, efecto de los eclipses o acción de los cometas, cuando no un mal provocado por los hechiceros capaces de hacer el mal de ojo. Su rica teogonía estaba en consonancia con la gran variedad de las enfermedades que habían discriminado y así, tenían un número crecido de divinidades que protegían su salud o castigaban con un mal determinado. Por eso en el tratamiento de los enfermos intervenían ruegos y ofrendas a los dioses y aún sacrificios que calmaran su ira o les movieran a ayuda; invocaciones a los astros y

¹³ Ibid. pág. 28

prácticas de hechicería para deshacerse de los espíritus maléficos¹⁴ de lo que se desprende que la medicina de estos pueblos primitivos implicó la ausencia de todo conocimiento positivo.

1.2.2 Época colonial

Con la conquista de América se detuvo el desarrollo de la cultura aborígen. Para imponer su religión y arrancar de raíz la herejía de los naturales, el conquistador destruyó los templos, derribó los ídolos y llegó a quemar códices mutilando la historia de México, con lo que se perdió gran parte de lo que la raza indígena había acumulado a través de los siglos.

Como los indios ignoraban la escritura, transmitían sus conocimientos sobre todo en forma oral. La medicina se enseñaba así de padres a hijos y rara vez de maestros a discípulos. Al llegar los blancos, imponer sus nuevos métodos y perseguir como hechicería las prácticas de los naturales, el temor y la esclavitud acabaron con el florecimiento de sus ciencias naturales.

Por la larga serie de epidemias y calamidades que cayeron sobre la población indígena a raíz de la conquista, lo primero que hicieron los españoles en México, en relación con la medicina, fue edificar Hospitales como el Hospital de Jesús Nazareno (1524), el real de las Bubas (1534), los dirigidos a convalecientes, viejos, inválidos y locos (1567) o el de San Lázaro para leprosos (1571), con lo que se inició la medicina institucional en México en la época colonial.¹⁵

¹⁴ Ibid. pág. 37

¹⁵ Bernardo Sepúlveda. Seminario sobre Problemas de la Medicina en México. México, Ed. Colegio Nacional, 1982. pág. 425

Vinieron después numerosos hospitales regados por todo el país y la capital, de tal manera que sólo en el siglo XVI se abrieron en la capital más de diez hospitales y más de veinte en provincia, sin contar los pequeños e improvisados que por dondequiera iban surgiendo. Fue sobre todo la acción de los franciscanos la que sostuvo este impulso, ya que dondequiera que extendían su orden abrían un convento y dentro de él una escuela y junto a él un hospital.

De esta manera España afianzó su conquista a los ocho o diez millones de indios que tenía México en aquél entonces. La imperiosa necesidad de abrir hospitales se hacía patente a cada nueva epidemia que azotaba al Nuevo Mundo. Esta fiebre de construcción de hospitales continuó en buena parte del siglo XVII y una vez cubiertas las necesidades más urgentes de la colonia, fue disminuyendo.

La segunda acción médica que emprendieron los conquistadores, fue implantar la medicina de su país, ya que de poco servía abrir hospitales si no contaban con médicos graduados. Había muy pocos que eran los que habían llegado con Cortés y casi siempre andaban con él y sus capitanes en las expediciones de los primeros años.

En los hospitales eran los frailes, ayudados de curanderos y aún de indios los que se encargaban de los tratamientos, y en 1527, seis años después de la conquista, el Ayuntamiento expidió la Primera Ordenanza de Médicos en la que se mandó que *ninguna persona que no sea médico o cirujano examinado e tenga título, no sea osado de curar de medicina ni cirugía so pena de sesenta pesos oro, y eso decían, porque hay algunos que por no saber lo que hacen, demás de les llevar su hacienda los matan*; de tal manera que a partir de esta ordenanza se prohibió el ejercicio de la profesión a los médicos que carecieran de título.

En 1536 se fundó el Imperial Colegio de Santa Cruz en Tlatelolco, destinado a los indios para que aprendieran lectura, escritura, latinidad, retórica, filosofía y música, agregándose una cátedra de medicina. Fue este el primer colegio de tipo universitario que hubo en América y el lugar donde por primera vez se enseñó medicina a los indígenas, pero fue hasta el año de 1579 cuando se abrió en México la Cátedra de "prima de medicina", con la que se inició la enseñanza oficial de la medicina en el Continente Americano. Casi veinte años después en 1598, se abrió la segunda Cátedra que requería la enseñanza, la de "visperas de medicina" y en 1620 las Cátedras de "anatomía y cirugía" y la de "método y práctica de la medicina".¹⁶

En el año de 1630 y para el control de la enseñanza y práctica de la medicina, se estableció el "Real Tribunal del Protomedicato". Era un cuerpo formado por disposición de los conquistadores. Sus integrantes fueron los primeros médicos a quienes se les autorizó su ejercicio y también los más antiguos, sabios y competentes, por lo que eran la máxima autoridad en materia de medicina y salud. Este Tribunal era el encargado de velar por la enseñanza de la medicina y por el ejercicio legal de la profesión. Tenía a su cargo examinar a los graduados de la Universidad y de la Escuela de Cirugía, lo mismo que a los prácticos, evitar la charlatanería, vigilar la preparación y venta de las drogas y en general promover ante la Corona todo lo que significara un avance de la medicina en la Nueva España.

La enseñanza impartida era estrictamente fiel a las doctrinas de Hipócrates y Galeno. En la de prima y a lo largo de los cuatro años que duraban los estudios, se leían y comentaban tres de las obras de Hipócrates escritas hacia 20 siglos. Asimismo era oral, puramente verbalista, sin ninguna comprobación objetiva, sin contacto con los enfermos y sin disecciones en el cadáver durante el aprendizaje de la anatomía.

¹⁶ Ignacio Chávez. Op. cit. págs. 48-52

Este carácter verbalista de la enseñanza, sin ver nunca un cadáver estaba muy en la época. La mentalidad de entonces no requería de pruebas objetivas y la observación de los fenómenos era cambiada gustosamente por una discusión escolástica. Además la práctica de las disecciones no había aclimatado en México ni en ninguna parte. La primera que aquí se hizo, en octubre de 1646 fue todo un suceso y para hacer la segunda pasaron cinco años. En Europa sucedía lo mismo: el primer anfiteatro de anatomía se abrió en 1579, el de París en 1604 y Alemania no lo tuvo hasta el siglo XVIII.

De esta manera, no era malo el programa ni anticuados los textos que se seguían en la naciente Universidad, ya que en el siglo XVI eso pasaba no sólo en México, sino que era la forma usual de enseñar la medicina en España, Francia, Italia y en toda Europa. En consecuencia, lo extraordinario no era el programa ni tampoco la doctrina, ambos propios del siglo XVI, sino que este mismo programa, sin una reforma ni modificación (salvo la de agregar una cátedra de astrología y posteriormente una de botánica) siguió en vigor a lo largo de los siglos XVII y XVIII e llegó intacto al siglo XIX hasta la época de la Independencia.¹⁷ Por tal razón, la enseñanza de la medicina en México, que en sus primeros tiempos puede estimarse de acuerdo con el nivel medio de la época, fue decayendo lentamente a medida que la medicina avanzaba y que la facultad se iba mostrando incapaz de ajustar su paso al ritmo de los tiempos.

La decadencia fue visible a partir de 1700 por el sólo hecho de no haber ninguna transformación. En esta época ya era tiempo de que se supieran algunas cosas, sin embargo las ideas viajaban con mucha lentitud, se leía poco y los libros eran caros y escasos. Además no había ningún afán por el cambio de doctrinas y en una colonia española como era México no tenían cabida los libros que no fuesen de España. El Santo Oficio no permitía que entraran los sospechosos de ir contra la fe. Por eso a

¹⁷ Ibid. pág. 56

España y a México no llegaron los grandes movimientos del siglo XVIII, sino sólo aquéllos que podían compaginarse con la doctrina oficial.

En este siglo se registran unos cuantos hechos aislados, que constituyen una aportación mexicana al desenvolvimiento de la medicina. Está la disposición del virrey Valero, dada en 1719, que establecía las prácticas de internado por dos años en el Hospital de Jesús, obligatorios para el que quisiera sustentar exámenes de médico cirujano, lo que demuestra la necesidad de tratar directamente al enfermo como medio fundamental para adquirir conocimientos y habilidades.

Estaba presente también la pugna con la Escuela Real de Cirugía, con motivo de la división de las dos carreras, la de médico y la de cirujano en 1768, que era la única señal de vida activa que tenía la facultad al cerrarse el siglo XVIII. Asimismo, en 1777 se expidió un decreto mediante el cual los médicos extranjeros debían presentarse ante el Protomedicato a fin de ejercer la medicina en el país.

Hasta la guerra de Independencia sólo hay dos hechos positivos, como lo fue el movimiento representado por el doctor Montaña, indio de Puebla y catedrático de la Universidad, quien reunía clandestinamente en su casa a algunos médicos y estudiantes para prepararlos en las nuevas doctrinas y les hacía pensar distinto de como pensaba la Universidad. Pedía, que en vez de la enseñanza puramente verbal se fuese a *la práctica clínica en los hospitales, en donde los ojos y todos los demás sentidos dan la esencia que no da el oído solo*. Aconsejaba ir al enfermo porque *el enfermo da lo que no dan ni el cadáver ni los libros*.¹⁸ Este movimiento se rebeló contra las doctrinas enquistadas de la Universidad, contra la prohibición expresa de enseñar fuera de su recinto y contra el castigo por leer obras no autorizadas.

¹⁸ Ibid. pág. 68

Consecuentemente, la medicina en México vivió una etapa de decadencia precisamente porque no hubo una renovación acorde con su evolución y en su enseñanza no se consideraba la práctica clínica en los hospitales, lo que demuestra que sólo con el trato directo al paciente se obtiene el verdadero conocimiento médico.

El otro hecho fue la creación del Consejo Superior de Salubridad del Departamento de México en 1846, que sustituyó a la Junta de Protomedicato encargada hasta 1831 de velar por el ejercicio y enseñanza de la medicina y de las otras artes y profesiones afines y vigilar todo aquello que estuviera en conexión con la higiene y la salubridad públicas, y que hasta ese entonces había representado un obstáculo para el desarrollo de la ciencia médica. Este nuevo Consejo se ocupó de la rectificación de Títulos y de la autorización para el ejercicio de su profesión a médicos, cirujanos, flebotomianos, parteras y dentistas, así como de la supervisión de la venta de medicinas y del funcionamiento de las boticas, entre otros, y fue funcional hasta la expedición del primer Código Sanitario promulgado en 1894.

Cabe mencionar que en la etapa colonial y en el México independiente hasta 1943, la responsabilidad gubernamental se consideró restringida a la salud pública comunitaria (vacunaciones, control de epidemias, campañas nacionales de padecimientos transmisibles o prevenibles). La asistencia médica a los enfermos era cuestión personal con intervención de órdenes religiosas caritativas, de fundaciones filantrópicas y de organizaciones extranjeras que procuraban servicios médicos para sus connacionales. Sin embargo, en México, así como demás países, la opinión y conciencia públicas demandaban del gobierno una participación cada vez más creciente sobre la prestación de servicios médicos. No obstante, México fue el primer país en el continente que tuvo codificadas sus disposiciones sanitarias.¹⁹

¹⁹ Bernardo Sepúlveda. Loc. cit.

1.2.3 Epoca independiente

La decadencia del Imperio Español que se inició a fines del siglo XVIII, se aceleró a principios del siglo XIX con las guerras napoleónicas que produjeron la desorganización de la metrópoli española. Esto provocó una serie de movimientos insurgentes en diversos lugares de Hispanoamérica que determinaron la independencia de los diversos países en el área.

En México, durante su primer siglo de independencia no se observó una mayor evolución que la que procedió de la importancia de ciertas técnicas que iban trasplantando los médicos mexicanos, tomadas fundamentalmente de Francia y excepcionalmente de Inglaterra y de los Estados Unidos, por lo que durante la guerra de independencia la medicina entró en proceso de cambio como resultado de las influencias de dichos países.

Como se dijo, a principios del siglo XIX el doctor Montaña hizo una revisión profunda de la enseñanza de la medicina y trató de adoptarla a las nuevas orientaciones que imponía la medicina francesa. También se estableció el primer Consejo Superior de Salubridad, a pesar de la situación crítica del país provocada por el movimiento de emancipación. Además de que se suprimió el Tribunal del Protomedicato; autoridad médica que tuvo a su cargo todos los asuntos relacionados con la enseñanza y práctica de la medicina profesional, se llevó a cabo una reforma de la enseñanza con la clausura de la entonces Nacional y Pontificia Universidad y de la Escuela de Cirugía en 1833 y la creación de un Establecimiento de Ciencias Médicas que substituyó a la Universidad y donde se fusionaron las dos carreras de médico y de

cirujano, y al que se le dio como encomienda el adiestramiento y capacitación de médicos, cirujanos, parteras, farmacéuticos, dentistas y flebotomianos.

La reforma educativa que determinó la creación del Establecimiento de Ciencias Médicas, tenía por propósito regularizar y popularizar la enseñanza y el ejercicio de la medicina, no sólo para dejarla abierta a todos los miembros de la sociedad sin distinción alguna, sino también para beneficio de todos. Francia sirvió de modelo de sociedad y el Establecimiento de Ciencias Médicas tomó el ideal de las Escuelas de Medicina francesas. A lo largo del siglo XIX Francia fue la cabeza de la medicina y de la enseñanza, por lo que los médicos mexicanos de la segunda mitad del siglo se capacitaban en París.

El rumbo de la medicina cambió radicalmente. Se enseñó la anatomía en el cadáver y rápidamente el pensamiento médico se fue incorporando al pensamiento de la época y el nivel de la enseñanza fue en ascenso. En esta época de transición la aportación original de México era escasa porque su tarea era ponerse al día, por lo que junto con esta evolución de la medicina la enseñanza fue mejorando y completándose. Sólo sobrevivía la Academia Nacional de Medicina, donde los próceres de la profesión iban a presentar sus casos clínicos y sus éxitos quirúrgicos. A lo largo del siglo XIX no se había construido ni un sólo hospital y se seguía viviendo de la herencia que dejó la Colonia. Fue hasta 1890 y 1901 cuando se abrieron el Instituto Médico Nacional y el Instituto Patológico Nacional, respectivamente.²⁰

Después de la revolución cambió en México la visión de los problemas nacionales y una de sus características, en lo que toca al aspecto médico, fue el advenimiento de las especialidades, forma distinta de trabajo con la que se pudo seguir

²⁰ Manuel Barquin. Op. cit. págs. 333-341

el ritmo de las nuevas ideas. La tendencia a la renovación partió principalmente de los médicos internos o practicantes del Hospital General creado en 1905.

En principio se crearon en este hospital servicios de especialidades médicas como el de cardiología, gastroenterología y el de urología. El funcionamiento de estos servicios especializados permitía llevar el estudio de un caso y la investigación de un problema a límites no alcanzados por los servicios generales. Se formaron escuelas y se constituyeron sociedades médicas de las tres primeras especialidades. Se iniciaron cursos de graduados que hasta la fecha se sostienen y se elevó el nivel de trabajo en los hospitales. Pronto se vieron surgir mas especialidades y se fueron reforzando y renovando las que ya existían.

En este hospital por primera vez se hicieron laboratorios destinados a la investigación así como otros dedicados a la enseñanza. Posteriormente se inició una reforma técnica que abarcaba cambiar la forma de enseñanza (plan de estudios, programas, métodos, etc.). Esto representaba un aumento en las clínicas mediante la obligación efectiva de trabajo en los hospitales por tres años y uno más de internado. Los programas se fueron modificando a fin de que los alumnos pudieran realizar trabajo personal, con amplitud bastante para cubrir toda la disciplina y lograr su educación médica.

Dentro del Hospital General se dieron una serie de pasos importantes en la reforma médica, como lo fue la adición de la categoría de médico adjunto que facilitaba la especialización de los jóvenes. Además se crearon y ampliaron servicios médicos y laboratorios y se implantó la forma impresa de "historia clínica", que obliga al estudio completo de los enfermos, educa a los médicos en una disciplina indispensable y permite la elaboración de estadísticas. Posteriormente se fueron transformando y renovando otros servicios a la par que se reformaban y creaban otros hospitales y

servicios médicos, con lo que la medicina en México sufrió una importante transformación desmembrada por todas las especialidades.²¹ En este Hospital General se impartió la enseñanza en dos grados: del estudiante de medicina al médico graduado y después al especialista.

1.3 El derecho a la protección de la salud en México.

Desde el punto de vista filosófico y jurídico, la vida es el bien más grande que debe ser tutelado por las leyes, reflejándose como valor principal de la escala axiológica de los derechos del hombre, ya que sin ella todos los demás derechos nos resultan inútiles. En este sentido, la vida es el único valor que precede a la salud puesto que esta última tiene como fin preservar aquélla.

Así, el Licenciado Luis Bazdresch²² afirma que el hombre por su propia naturaleza, es un ser dotado de voluntad, criterio y libre albedrío, que se desenvuelve en un clima social y político, tendiendo siempre a lograr su subsistencia y la de quienes dependen de él, así como a procurar el mejoramiento de su situación personal y familiar, y los medios que por su naturaleza tiene a su alcance para su desenvolvimiento y progreso son su propia vida, la libertad, la igualdad, la propiedad, la posesión, la educación, la habitación, el trabajo, etc.

En consecuencia, la sola existencia humana conduce a reconocer que el hombre tiene de por sí derecho a la vida, a la libertad, a la igualdad, a la propiedad, al trabajo, la educación, etc., a través de los cuales alcanza su progreso y destino, y para el logro de estas finalidades tiene especial derecho a que su existencia, integridad mental y

²¹ Ignacio Chávez. Op. cit. págs. 93-103

²² Garantías Constitucionales. 3a. Ed. México. Ed. Trillas. 1988, págs 13-14

corporal, sus derechos adquiridos y libertad de acción sean respetados por aplicación de las reglas que constituyen la seguridad jurídica.

En el ámbito social, estas facultades deben ser reconocidas y aceptadas propiamente por todos los individuos, ya que la pretensión de cada quien de tener y disfrutar de esas facultades, le obliga a admitir que todos los demás también las tienen y deben disfrutarlas.

En el aspecto político, en que las actividades del hombre están sujetas a normas instituidas por la respectiva soberanía, que actúa a través de órganos gubernativos, el respeto y reconocimiento de las citadas facultades es de gran importancia, ya que por una parte las mismas deben ser ejercitadas dentro de los lineamientos de los correspondientes preceptos legales y por la otra, las autoridades deben tener la prohibición expresa de impedir ese ejercicio cuando se desarrolla con las restricciones indicadas.

En el lenguaje jurídico, el conjunto de facultades que el hombre tiene por su propia naturaleza para usar y disfrutar de los medios referidos se designa con el nombre de derechos humanos y las prevenciones que mandan respetar esos derechos son garantías que la Constitución otorga. Así, el artículo 1º de nuestra Constitución dice: *En los Estados Unidos Mexicanos todo individuo gozará de las garantías que otorga esta Constitución....*

En este sentido, las garantías son una creación de la Constitución, en tanto que los derechos protegidos por esas garantías son los derechos del hombre que no provienen de ley alguna, sino directamente de la calidad y de los atributos naturales del ser humano. De esta manera, los derechos humanos son facultades de actuar o

disfrutar y las garantías son compromisos del gobierno de respetar la existencia y el ejercicio de esos derechos.

Con base en estas reflexiones, se advierte que en julio de 1946 se fundó la Organización Mundial de la Salud (OMS), que es un organismo de las Naciones Unidas especializado en los aspectos relacionados con la salud, y en su declaración de principios se estableció que *el goce del más alto grado de salud que se puede lograr es uno de los derechos fundamentales de cada ser humano, sin distinción de raza, religión, credo político o constitución económica y social.*

En el año de 1978 se llevó a cabo una reunión donde se acordó adoptar el lema "salud para todos en el año 2000" y la describe como : *Salud no como un estado específico de bienestar del hombre, sino como la lucha permanente de los pueblos para organizarse y poder utilizar todos los recursos que la época pone a su disposición para conservar en las mejores condiciones la vida de la especie...*²³

Es importante recordar que para México, la Constitución es la estructura orgánica que representa las decisiones políticas del Estado. En ella se manifiesta el dogma político, la organización de los poderes públicos y los principios sociales que rigen la vida nacional. Todo esto con el fin supremo de crear para el ser humano que vive bajo ella y bajo el sistema jurídico que de ella se desprende un lugar digno en el que pueda desarrollar al máximo sus capacidades en coexistencia con sus semejantes.

Es así como en el orden constitucional mexicano, y derivado de un reclamo legítimo de la sociedad de aspirar a mejores niveles de vida, en febrero de 1983 se adicionó con un párrafo penúltimo el artículo 4º Constitucional y se consagró el derecho a la protección de la salud como una garantía social en los términos siguientes:

²³ Bernardo Sepúlveda. Op. cit. pág. 427

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.

propuesta inicial del Ejecutivo Federal, era elevar a rango constitucional el "derecho a la salud". Este concepto se modificó al considerar al legislador que la vida y la salud no se pueden garantizar ni por el Estado, la sociedad, ni por el individuo, pero en cambio sí puede garantizarse su protección.

Se observa que la reforma al artículo 4o. Constitucional tiene un relevante significado, ya que por su intermedio se otorga jerarquía constitucional a uno de los derechos contenidos en la Declaración Universal de los Derechos Humanos y se asientan las bases del derecho a la protección de la salud como una garantía social, marcándose la pauta para que se establezcan los mecanismos jurídicos que permitan su efectivo cumplimiento.

De la adición a este artículo, se desprenden los siguientes elementos fundamentales:

- El derecho de toda persona a la protección de su salud.
- La necesidad de definir en la ley reglamentaria las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud.
- Una obligación a cargo del gobierno de proveer lo necesario para el cumplimiento de esta garantía.

Por lo que hace a la expresión "derecho a la protección de la salud", se advierte que su contenido es tan amplio como el concepto mismo de salud, sin embargo, el régimen constitucional mexicano no se precisa un concepto de salud. No obstante, México ha optado por seguir de una manera doctrinal el concepto vertido en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, en donde se expresa que *la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de*

afecciones o enfermedades; concepto mencionado en la exposición de motivos de esta garantía Constitucional.

Como así se señaló, la vida es el único valor que precede a la salud, ya que ésta tiene como fin preservar aquélla; a efecto de lograr un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, por lo tanto, la relación que tienen ambos derechos es íntima.

De acuerdo con esta idea, el derecho a la protección de la salud tiene como objeto principal garantizar el acceso a los servicios que permitan el mantenimiento o restauración de ese estado de salud, lo que implica el compromiso del gobierno de realizar esfuerzos para promover el bienestar, abatir los riesgos y disminuir los daños causados por la enfermedad.

Derivado de este mandato Constitucional, se generaron una serie de reformas a ciertos ordenamientos legales, que fueron necesarias para configurar el marco jurídico del derecho a la protección de la salud, como lo fueron la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, en la que se designó a la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia como dependencia coordinadora del sector salud, con la facultad de establecer y conducir la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos y salubridad general; la Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social y la del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; se expidió el nuevo decreto Orgánico del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia y se expidió la Ley General de Salud que reglamenta al artículo 4º Constitucional, misma que entró en vigor el 1º de julio de 1984 y que sustituyó a los viejos Códigos Sanitarios.

La expedición de esta ley reviste especial importancia, ya que es el instrumento normativo que tiene por objeto definir el contenido y las finalidades del derecho a la protección de la salud, así como la participación y responsabilidad de los sectores público, social y privado, establecer las bases de operación del Sistema Nacional de Salud que bajo la rectoría de la actual Secretaría de Salud, coordine a los servicios públicos de salud sean estos federales, estatales o municipales, así como los que

presten los sectores social y privado; reglamentar la prestación de servicios, establecer la distribución de competencias en materia de salubridad general entre el Ejecutivo Federal por conducto de la Secretaría de Salud y los gobiernos de los Estados y de esta manera dar efectividad al derecho a la protección de la salud.

La protección de la salud está relacionada con la prestación misma de los servicios, por lo que quedan sujetos a la regulación de la mencionada ley todos los servicios de salud que se proporcionan en el país, cualquiera que sea el carácter de los prestadores de la atención médica, la cual debe cumplir con una serie de requisitos, entre los cuales se encuentra la calidad como más adelante se comenta.

Por lo que a las modalidades de acceso se refiere, la Ley establece previsiones y principios generales que deben regir la prestación de los servicios. Destacan al efecto los principios de universalidad y gratuidad fundados en las condiciones económicas de los usuarios; criterios que confirman el carácter social del derecho a la protección de la salud, pues se busca que quienes carezcan de recursos económicos tengan mejores posibilidades de acceder a los servicios de salud.

De esta manera, el gobierno debe cumplir con un sentido universal el que todos los individuos tengan acceso al sistema de atención a la salud, independientemente de las circunstancias económicas; entendiendo por accesibilidad la capacidad para pagar, acceder u obtener la entrada a los servicios de salud.

Respecto a la obligación del gobierno de proveer lo necesario para el cumplimiento de esta garantía, cabe recordar que las garantías sociales y las individuales son radicalmente distintas, ya que estas últimas le imponen una obligación de no hacer, le obligan a abstenerse de violarlas, en tanto que los derechos sociales conllevan obligaciones de hacer para el gobierno, quien debe generar las condiciones necesarias para que el derecho social pueda darse, ejercerse. Estas disposiciones a las que pertenece el derecho a la protección de la salud, no se perfeccionan de manera inmediata, sino que requieren que el gobierno ponga las condiciones para que goce de efectividad.²⁴

²⁴ Guillermo Soberón Acevedo. La Protección de la Salud en México. México. Ed. Porrúa, 1987. pág. 71

En esta virtud, el gobierno fijó los criterios rectores de la salud a través de diversos ordenamientos jurídicos, todos ellos emanados del artículo 73 fracción XVI de la Constitución Política, y así se definen como organismos rectores de la salud en México: el Consejo de Salubridad General creado bajo la dependencia directa y exclusiva del Presidente de la República y un órgano dependiente del Poder Ejecutivo Federal actualmente denominado Secretaría de Salud, de acuerdo a lo dispuesto por el artículo 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal. Esta Ley le encarga a la Secretaría de Salud las funciones relativas a la organización, regulación y operación de los servicios de salud que se detallan en la Ley General de Salud.

Es así como esta Dependencia se instituye como el organismo rector de la política de salud en México; como cabeza operativa, rectora y coordinadora del Sistema Nacional de Salud, que tiene como fin genérico primordial dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud por medio de objetivos específicos, tales como proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, así como impulsar un sistema de administración y desarrollo de recursos humanos para mejorar la salud, entre otros.

1.3.1 Servicios de atención médica.

Por lo que hace a los prestadores de los servicios de salud en el país, el artículo 34 de la Ley General de Salud los clasifica de la siguiente manera:

I.- Servicios públicos a la población en general, que son aquellos que se prestan en establecimientos públicos de salud a los habitantes del país que así lo requieran, regidos por criterios de universalidad y de gratuidad fundada en las condiciones socio-económicas de los usuarios. Prevé el artículo 36 de la Ley que nos ocupa que la cantidad económica que se cobre por la prestación de estos servicios se denominará cuotas de recuperación.

Como instituciones de asistencia pública se encuentra la Secretaría de Salud y sus órganos desconcentrados y descentralizados; el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF); los servicios Estatales y Municipales y los proporcionados en los hospitales del Departamento del Distrito Federal (DDF).

II.- Los servicios a derechohabientes de instituciones públicas de seguridad social o los que con sus propios recursos o por encargo del poder Ejecutivo Federal presten las mismas instituciones a otros grupos de usuarios.

Como instituciones de seguridad social existen el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE); la Secretaría de la Defensa Nacional (SDN); la Secretaría de Marina (SM); Petróleos Mexicanos (PEMEX) y Ferrocarriles Nacionales de México (FFCCN de M).

III.- Servicios sociales y privados, sea cual fuere la forma en que se contraten. Los privados están constituidos por individuos o grupos que practican el ejercicio libre de la medicina, y los de carácter social son aquéllos que prestan directamente o mediante la contratación de seguros individuales o colectivos los grupos y organizaciones sociales a sus miembros y a los beneficiarios de los mismos.²⁵

Se advierte en consecuencia que la naturaleza de la prestación de servicios de salud por parte de la Secretaría de Salud es la de un servicio público, que el gobierno asume para garantizar a la población el efectivo goce del derecho a la protección de la salud.

De conformidad con lo dispuesto por el artículo 2º de la Ley General de Salud y como se menciona anteriormente, el derecho a la protección de la salud tiene como finalidad, entre otras, el bienestar físico y mental del hombre para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades y el disfrute de los servicios de salud que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población; de lo que se colige que el gobierno adquiere la obligación de velar por el bienestar físico y mental del hombre y de proporcionarle los servicios de salud necesarios y eficaces que satisfagan sus necesidades; entendiéndose por servicios de salud a *todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad*. Estos servicios de salud se clasifican en servicios de atención médica, de salud pública y de asistencia social, de acuerdo a lo dispuesto en los artículos 23 y 24 de la citada ley.

Por lo que hace a los servicios de atención médica, la misma ley señala que comprenden las actividades siguientes: a). Preventivas, que incluyen las de promoción general y las de protección específica; b). Curativas, que tienen como fin efectuar un

²⁵ Ibid. pág. 79

diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno, y c). Rehabilitatorias, que incluyen acciones tendientes a corregir invalideces físicas o mentales, (además la atención de urgencias).

Al respecto, el doctor Guillermo Fajardo Ortiz²⁶ afirma que la atención médica de una institución, debe reunir los siguientes requisitos:

1. Igualdad. Todas las personas tienen derecho a la misma atención médica, sin limitaciones por razones de orden político, social, económico o religioso.
2. Calidad. La atención médica debe ser de acuerdo al adelanto científico, al grado de desarrollo del medio, esto es, debe haber una tecnología apropiada.
3. Integral. El servicio médico debe atender los aspectos de protección de la salud, prevención de padecimientos, atención curativa y de rehabilitación.
4. Oportunidad y accesibilidad. Los recursos de atención médica deben estar disponibles en el momento en que sean necesarios.

En este sentido, se concluye que la atención médica es el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo con el fin de promover y restaurar su salud, a través de actividades preventivas, curativas y de rehabilitación, cuyo objetivo es lograr que la población alcance mejores niveles de salud para obtener el bienestar social; alcanzar cobertura universal con servicios de atención médica cuya calidad sea adecuada; es decir, que se proporcionen de acuerdo a los avances de la técnica y ciencia médica, entre otros elementos.

Los servicios médicos deben otorgar una atención integral, oportuna, accesible y eficaz, y una de las formas de lograrlo es recurriendo a un procedimiento administrativo llamado niveles de atención médica, los cuales son un instrumento en el que hay una racionalización de servicios que se otorgan escalonadamente e identificando recursos, necesidades y aspiraciones dentro de una región o comunidad y así, en nuestro país la atención médica cuenta con tres niveles de atención:

- Primer nivel de atención (primario).- Se considera el sitio de entrada al sistema. Se ocupa de la población sana, protegiendo y promoviendo su salud; de problemas de salud comunes e

²⁶ Atención Médica. México, Ed. La Prensa Mexicana, 1983, pág. 52

inespecíficos y de cierto tipo de enfermedades crónicas. Los beneficiarios tienen acceso directo a este nivel, existiendo identificación plena entre los servicios y los usuarios. Sus funciones están orientadas hacia la protección de la salud, el fomento de la salud y el diagnóstico y tratamiento oportuno de los padecimientos. Se constituye por un conjunto de recursos organizados para satisfacer las necesidades de salud más frecuentes y no complicadas, por lo que en este nivel intervienen médicos generales, enfermeras de campo (que salen a la comunidad), auxiliares de enfermería y técnicos. Se puede llevar a cabo en consultorios y con equipo mínimo para utilizar en curaciones y cirugía menor (operaciones muy sencillas).

- Segundo Nivel de atención (Secundario).- Por lo general el beneficiario llega a este nivel después de haber sido referido por el primer nivel. Se identifica con servicios de consulta externa y hospitalización general, en los que se encuentran médicos familiares o generales, algunos especialistas y técnicos especializados. A este nivel acuden los pacientes que requieren cierta atención especializada. Cuenta con actividades de diagnóstico, tratamiento, hospitalización y rehabilitación y a diferencia del primer nivel de atención, sus actividades de promoción de la salud y de prevención son limitadas. Se practica en consultorios u hospitales y existen cuatro especialidades básicas: cirugía general, medicina interna, gineco-obstetricia y pediatría, así como cinco complementarias: otorrinolaringología, oftalmología, traumatología y ortopedia, dermatología y psiquiatría y cuatro áreas de apoyo: anatomía patológica, laboratorio clínico, anestesiología y radiología.

- Tercer nivel de atención (terciario).- Se identifica con la atención médica especializada y con problemas de salud que requieren solución quirúrgica o la participación de servicios altamente tecnificados, por lo que suele haber alto riesgo en la atención. Requiere personal científico, médico, paramédico y técnico altamente especializado; su preparación es estrecha en amplitud y de gran profundidad y se practica en hospitales especializados, centros médicos y hospitalarios. La función primordial de este nivel es de investigación y docencia y la prestación de servicios es de apoyo a la atención médica de alta especialidad con el auxilio de recursos complicados y de costo elevado.²⁷

Todos los niveles de salud tienen igual importancia en el panorama general de la salud, por lo que atendiendo a la obligación que tiene el gobierno de proteger la salud de todos los habitantes del país, sea cual fuere el nivel de atención médica que se requiera de los antes mencionados, la prestación de atención médica debe llevarla a cabo de manera eficaz y eficiente, por lo que uno de los factores que sobresalen para hacer efectivo el derecho a la protección de la salud, entre otros, es el personal de salud debidamente capacitado.

²⁷ Ibid. págs. 58-62

Al respecto, el artículo 51 de la Ley General de Salud, prevé que los usuarios de los servicios de salud tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportuna y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares; de tal manera que en el capítulo I del Título Cuarto regula el ejercicio de las profesiones, de las actividades técnicas y auxiliares y de las especialidades para la salud, y en el Capítulo III se establecen las bases para la interacción de los sectores educativo y de salud para la adecuada formación, capacitación y actualización de los recursos humanos que se requieran para la satisfacción de las necesidades del país en materia de salud, entre los cuales se encuentra el otorgar facilidades para la enseñanza y adiestramiento en servicio dentro de los establecimientos de salud, a las instituciones que tengan por objeto la formación, capacitación o actualización de profesionales, técnicos y auxiliares de la salud, entre otras, fijando las bases para la utilización de sus instalaciones y servicios en la formación de recursos humanos para la salud.

Así, en México funciona el modelo en que el Sector Salud opera los hospitales y se facilita a las universidades el uso de los campos clínicos a sus estudiantes en las distintas etapas de su formación. Este sistema de concertación funciona tanto en hospitales y centros de salud para población abierta como para los dedicados a población derechohabiente de los sistemas de seguridad social.

Es así como en la época actual la medicina ha progresado, aumentando al mismo tiempo su importancia social, ya que se ha convertido en una necesidad colectiva indispensable para el florecimiento del país. Con motivo de la citada adición al artículo 4o. Constitucional, en México todo ser humano tiene derecho a que se proteja su salud y el gobierno la obligación de prestar los servicios necesarios para el logro de este objetivo. El derecho a la protección de la salud se hace presente en cada acción desarrollada por los médicos para erradicar la enfermedad y restaurar la salud.

Este derecho por ser consubstancial a la vida, es la más importante prerrogativa del hombre, ya que todo ser humano aspira a ser un individuo sano, a vivir en un ambiente sano y entre semejantes que gocen de buena salud, y con la garantía

constitucional de referencia, disfrutar del nivel de salud mas alto posible constituye uno de los derechos fundamentales del individuo.

Si los usuarios de los servicios de salud tienen derecho a obtener prestaciones de salud en forma oportuna y de calidad idónea, esto es, de acuerdo con el adelanto científico y tecnología apropiada, así como a recibir atención profesional y éticamente responsable, el gobierno adquiere la responsabilidad correlativa de promover las actividades profesionales que eleven la calidad de la atención médica que se proporciona a la población y de impulsar el desarrollo de recursos humanos para la salud para la mejor prestación de los servicios, ya que sin la participación de médicos debidamente capacitados no es posible alcanzar un estado de bienestar; no es posible que se conserve, recupere o incremente la salud, por lo que es incuestionable que en esta labor las actividades educacionales tienen una gran importancia, ya que la profesión médica requiere del estudio continuo del profesional de la medicina, como parte esencial de su trabajo de proporcionar una mejor atención médica al paciente, y como se vio, la forma más eficaz de aprender la medicina es mediante clínicas en los hospitales, modelo que opera en el país.

Como estas prácticas clínicas persiguen la adquisición de mayores conocimientos y habilidades, a fin de que los médicos se encuentren plenamente capacitados para ejercer una especialidad, resulta fundamental que el gobierno cuente con los mecanismos necesarios para que el médico logre su completa formación, como condición indispensable para el cumplimiento de la obligación que le impone la garantía constitucional de protección a la salud, circunstancia que además redundo en beneficio del propio Estado, quien debe contar como factor primordial para su florecimiento con el bienestar y la salud física y mental de sus habitantes.

Considerando que al igual que en épocas antiguas, el ejercicio de la medicina se encuentra sujeto a una serie de reglamentaciones que regulan la conducta del médico, en el capítulo que sigue se estudian las actividades que realizan durante su etapa de formación los médicos que pretenden adquirir una especialidad; las condiciones en que las desarrollan y el marco jurídico a que se encuentran sujetos por el ejercicio de las mismas, para finalmente analizar su falta de pericia dentro del régimen de responsabilidades administrativas.

CAPITULO SEGUNDO

MEDICOS RESIDENTES

2.1 Consideraciones Generales.

Como ya se dijo, la salud es uno de los valores fundamentales del individuo y de la colectividad y que a través de la historia acrecentar la salud, aliviar y curar el dolor humano, ha sido siempre el común denominador de la medicina.

Disfrutar del nivel de salud más alto posible, constituye uno de los derechos fundamentales del individuo conforme a la garantía consagrada en el artículo 4o. Constitucional, por lo que el gobierno tiene la obligación de proporcionar la atención médica que sea necesaria para el logro de este objetivo.

Para la preservación y recuperación de la salud, un aspecto importante es la formación del médico, ya que a éste le corresponde directamente la promoción, el restablecimiento y la elevación de los niveles de salud mediante la acción profesional que le es propia; formación en la que también tiene un papel fundamental el gobierno, como responsable de proteger la salud.

En la evolución de la medicina, se encuentra presente la formación de un médico al que se le ofrece una enseñanza personalizada, ya que su educación estaba de acuerdo con la asistencia médica, es decir, la forma de transmitir los conocimientos fue aprendiendo a hacer las cosas junto con el maestro; el aprender-haciendo fue la forma más eficaz de llegar al conocimiento de la información y de las destrezas clínicas de diagnóstico y de tratamiento, de tal manera que el arte de la

medicina se enseñaba donde se impartía. Hasta la fecha su entrenamiento se realiza en un sistema de servicios personales, de orientación curativa y estructurado en el trabajo de hospital.

Aunque el hombre todavía esté a merced de la mínima picadura de un insecto, ha podido triunfar sobre numerosas enfermedades. Poco a poco ha conseguido conocer mejor su organismo, reparar su "compleja máquina", preservarse de los riesgos de contagio y de epidemias. Los descubrimientos de la química, la biología, la física y de la electrónica están en la base de los progresos de la ciencia médica. En la actualidad la medicina tiende a especializarse cada vez más apareciendo ramas tan particulares como la otorrinolaringología, oftalmología, dermatología, anestesiología, epidemiología, pediatría, medicina nuclear, del trabajo, legal, patología clínica, anatomía patológica, etc; de tal manera que desde 1900 hasta el presente, los progresos de la medicina y de la cirugía se han acelerado.

Como consecuencia de lo mucho que ha aportado a la medicina la técnica moderna, el arte de curar se ha transformado por completo, de tal manera que la existencia de médicos especialistas es fundamental dentro del sistema para la prestación de servicios de salud, en cumplimiento al derecho constitucional de protección de la salud.

En este sentido y como anteriormente se dijo, para elevar la calidad de los servicios de atención médica y alcanzar los niveles de especialización mencionados, la enseñanza ha sido un elemento fundamental y presente en todas las etapas históricas de la medicina; esto es, el desarrollo de los recursos humanos es un factor de indiscutible trascendencia para alcanzar el bienestar social a que tienen derecho los habitantes del país.

2.2 Conceptos fundamentales: médico residente, residencia y unidad médica receptora de residentes.

El término de médico residente partió de la codificación reglamentaria de los hospitales del país, con el propósito de diferenciar con claridad el grado académico y demás requisitos que deben cubrir para poder realizar estudios y prácticas de especialización en alguna rama de la medicina. Conforme al diccionario de Derecho del Licenciado Rafael de Pina, el término residencia significa *lugar en que una persona tiene su morada habitual* y conforme al diccionario jurídico Espasa residentes son los *que permanecen en un lugar con idea de seguir indefinidamente en el mismo*.

El licenciado José Dávalos²⁸ señala que los avances que la medicina ha experimentado en las últimas décadas, ha propiciado la creación de nuevos métodos de especialización que requieren de la estancia permanente del profesional en las unidades médicas; circunstancia que originó las llamadas "residencias médicas", que son el conjunto de actividades teórico-prácticas que realizan los médicos, como parte de sus estudios de posgrado para perfeccionarse en una determinada disciplina de la salud, sin que ello se trate del servicio social prestado por los pasantes de medicina, sino que se refiere al médico titulado que busca lograr la especialización en el área de la medicina que lo ocupa.

En la legislación mexicana, el concepto de médico residente lo encontramos definido en el Capítulo XVI del Título Sexto de la Ley Federal del Trabajo, que regula los trabajos especiales, bajo el rubro *Médicos Residentes en periodo de adiestramiento en una especialidad*. El licenciado Mario de la Cueva²⁹ indica que su reglamentación en esta ley por decreto de reformas publicado en el Diario Oficial de la Federación el

²⁸ Tópicos Laborales México, Ed. Porrúa, 1992, pág. 149

²⁹ El Nuevo Derecho Mexicano del Trabajo, Tomo I, 13 ed. México, Ed. Porrúa, 1993, pág. 591

30 de diciembre de 1977, es resultado de un conflicto suscitado entre los médicos residentes y las instituciones estatales hospitalarias que se ocupan de la salud pública, que más adelante se comenta (Vid infra p. 77).

A continuación se transcriben las tres fracciones del artículo 353.A. de la citada ley, a fin de precisar lo que es un médico residente y conocer las circunstancias bajo las cuales realiza su actividad de adiestramiento.

Artículo 353.A. Para los efectos de esta capítulo, se entiende por:

I. Médico Residente: El profesional de la medicina con Título legalmente expedido y registrado ante las autoridades competentes, que ingrese a una Unidad Médica Receptora de Residentes, para cumplir con una residencia;

II. Unidad Médica Receptora de Residentes, el establecimiento hospitalario en el cual se pueden cumplir las Residencias, que para los efectos de los artículos 161 y 164 del Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos exige la especialización de los profesionales de la Medicina; y

III. Residencia: El conjunto de actividades que deba cumplir un Médico Residente en período de adiestramiento, para realizar estudios y prácticas de post-grado, respecto de la disciplina de la salud a que pretenda dedicarse, dentro de una Unidad Médica Receptora de Residentes, durante el tiempo y conforme a los requisitos que señalen las disposiciones académicas respectivas.

Estas mismas definiciones fueron reproducidas en la llamada Norma Oficial Mexicana NOM-090-SSA1-1994, Para la organización y funcionamiento de las residencias médicas, a las que se hace referencia más adelante, en la que únicamente se actualizó el concepto de unidad médica receptora de residentes para quedar en los siguientes términos: *unidad de atención médica en la cual se pueden cumplir las residencias, que para los efectos de la Ley General de Salud exige la especialización de los profesionales de la medicina;* modificación que se explica por la derogación del Código Sanitario que se menciona en la definición de la citada Ley.

En este sentido, el médico, al ingresar a una unidad médica receptora para su adiestramiento en una área especial de la medicina recibe el nombre de médico residente, y lleva a cabo las actividades propias de la residencia, que son todas aquellas que debe cumplir durante el periodo de su formación, realizando los estudios y prácticas respecto de la disciplina de la salud a que pretenda dedicarse; actividades que realiza dentro, por el tiempo y conforme a las disposiciones académicas de la institución receptora y que más adelante se detallan.

Es importante tener en cuenta durante el desarrollo de este trabajo, que el gobierno tiene la obligación de garantizar el derecho a la protección de la salud, para lo cual requiere, entre otros, elevar la calidad de los servicios médicos que se prestan a la población mediante la formación de especialistas y si bien es cierto los médicos residentes cuentan con un título profesional con el que se acredita la conclusión de sus estudios, al ingresar a una residencia se inicia su periodo de formación dentro de una rama de la medicina de carácter eminentemente práctico, precisamente porque se trata de adquirir mayores conocimientos, destrezas y habilidades para el ejercicio de la especialidad.

Sin embargo, este sistema de enseñanza si bien resulta necesario para alcanzar los objetivos que se pretenden, conlleva la posibilidad de que surjan incidentes de impericia y por ende, el riesgo de causar daños a las personas a quienes estos médicos, en su calidad de educandos, proporcionan servicios de atención médica, en ejercicio de sus actividades de adiestramiento clínico o quirúrgico que se encuentran obligados a realizar durante la etapa de su formación, como así se verá más adelante. En consecuencia, el gobierno debe estar preparado para estos eventos, considerando principalmente que la enseñanza activa es esencial para la capacitación y que la formación de recursos humanos es

fundamental para alcanzar los niveles de bienestar social a que legítimamente aspira el ser humano.

2.2.1 Antecedentes de las residencias médicas.

Como se mencionó en el capítulo precedente, la enseñanza de la medicina se implantó en México hace más de 400 años con el establecimiento de la Cátedra de Prima de Medicina en el año de 1578. Esta enseñanza fue evolucionando paralelamente con el desarrollo de las instituciones de salud.

Así, desde 1877 se reconoció la necesidad que tenían los alumnos de medicina de concurrir a los hospitales y varios años después se estableció que a partir del quinto año deberían realizar prácticas clínicas, aunque también se vio la importancia de reglamentar aquéllas que realizaban al finalizar su carrera.

El movimiento que impulsó en México a las especialidades se inició en el Hospital General en la década de los veinte. Posteriormente, de manera informal se desarrollaron la mayor parte de las especialidades médicas y quirúrgicas en el mismo hospital, el cual se convirtió en el sitio de origen del movimiento impulsor de la especialización.³⁰

En los años que siguieron a la Segunda Guerra Mundial, surgieron un sinnúmero de aportaciones científicas que trajeron como consecuencia un desarrollo tecnológico, que transformó la enseñanza y ejercicio profesional de la medicina. En este período se crearon o consolidaron varias instituciones públicas de salud en el

³⁰ José Luis Ramírez Arias. Examen. 50 años de Salud Pública en México. Ed. Comité Ejecutivo Nacional del PRI, año 5, número 53, octubre 1993, pág. 11

país, como lo fueron la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia, el Instituto Mexicano del Seguro Social y el llamado Hospital Infantil de México, en el año de 1943; al año siguiente el Instituto Nacional de Cardiología y dos años después el Instituto Nacional de la Nutrición, mientras se había iniciado la construcción de una red de modernos hospitales en el país bajo el patrocinio de la mencionada Secretaría.

En la década siguiente se creó el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado y poco después el actual Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia. También fueron mejorados en su instalación y funcionamiento en todo el territorio nacional numerosos hospitales y clínicas del Seguro Social, así como instituciones estatales, de educación superior y de la iniciativa privada.

Estos cambios ocasionaron que el sistema de prestación de servicios se orientara al tercer nivel de atención, iniciándose así en la década de los cuarenta la especialización médica, ante la necesidad de profundizar cada vez más en el conocimiento de áreas restringidas de la medicina. Así, el sistema de enseñanza esencialmente tutelar, si bien en sus inicios tuvo un carácter informal fue recogido y sistematizado por instituciones de enseñanza superior y por las instituciones de salud.³¹

Dentro de este ámbito de tendencia a la especialización, además de que tuvo lugar la construcción de unidades hospitalarias modernas, los médicos se vieron en la necesidad de salir al extranjero para completar su formación, y posteriormente integrar los cuadros del personal que habría de llevar adelante el trabajo en los nuevos hospitales. La mayoría de los médicos que salieron del país hicieron sus

³¹ Guillermo Soberón Acvedo. La Evolución de la Medicina en México durante las últimas cuatro décadas. México, Ed. Colegio Nacional, 1984, págs. 58-59

estudios de posgrado en los Estados Unidos y estos especialistas al regresar a México y reincorporarse a sus centros de trabajo influyeron de manera significativa en la estructuración de los programas de enseñanza.

Aunque desde 1901 se había visto la importancia de reglamentar las prácticas hospitalarias que realizaban los alumnos al finalizar su carrera, los primeros cursos para la actualización de graduados fueron organizados por la Sociedad Médica del Hospital General de la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia a partir de 1940 y las primeras residencias formales se ofrecieron en ese mismo hospital en 1944.³²

Los médicos residentes vivían en el hospital y trabajaban en los diferentes servicios en forma rotatoria. Compartían con los médicos externos, a veces con desventaja las oportunidades de aprendizaje y cubrían el trabajo hospitalario fuera de las horas del servicio matutino. A este primer programa le siguieron muchos otros cada vez más organizados, que ofrecían formación de posgrado tipo residencia en diferentes disciplinas clínicas.

A fin de dar formalidad y obtener acreditación de una institución de enseñanza superior, en la década de los cincuenta se organizaron cursos de adiestramiento en diferentes especialidades, que ajustaron sus programas a los requisitos universitarios y fueron reconocidos por la División de Estudios Superiores de la Facultad de Medicina de la UNAM, actualmente llamada División de Estudios de Posgrado. En su etapa inicial estos cursos requerían varias horas de trabajo diario durante dos o tres años y estaban abiertos a médicos que no formaban parte del personal del hospital; con el paso del tiempo se fue limitando la inscripción, aceptando sólo a médicos con

³² Bernardo Sepúlveda. Op. cit. págs. 122-123

dedicación de tiempo completo que tenían el nombramiento de residentes en la institución sede. Cabe decir que la participación de las instituciones de salud dependientes del Estado para colaborar en el entrenamiento de los estudiantes y pasantes de medicina, se hizo obligatoria en 1952 por decreto presidencial.

Posteriormente, la División de Estudios de Posgrado logró el reconocimiento universitario de los programas en todas las disciplinas y en colaboración con las instituciones de salud y los profesores se fueron haciendo las adaptaciones necesarias para estructurar verdaderas residencias hospitalarias, llenando los requisitos curriculares que exigía la Universidad, de tal manera que lo que se inició como cursos de adiestramiento en especialidades, se convirtió en un gran programa de residencias en todas las disciplinas médicas.

Como consecuencia del crecimiento del número de especialistas, a partir de 1965 se inició la formación de los Consejos de Especialidades. Estas organizaciones son integradas por todos aquellos que practican una disciplina y tiene por objeto establecer los requisitos mínimos que debe llenar el médico para ser considerado como especialista. Terminando el adiestramiento, si el candidato lo solicita es examinado y reciben un certificado expedido por el Consejo. Esta certificación tiene un carácter temporal y debe ser renovada periódicamente, según lo determine cada Consejo, a fin de estimular la educación continuada y mantener el nivel técnico.

Con el objeto de mantener un elevado nivel médico, diferentes grupos médicos lograron que en el Código Sanitario aprobado en 1973, se estableciera que la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia aceptara los Certificados de Especialistas expedidos por los Consejos, cuya idoneidad hubiera sido avalada por la

Academia Nacional de Medicina, además de los que expidieran las instituciones de enseñanza superior, la misma Secretaría, el IMSS y el ISSSTE.

A esta Academia, que en su carácter de Cuerpo Consultivo del gobierno Federal tiene un Comité permanente que se ocupa de la reglamentación de las especialidades, le corresponde definir las características que deben tener los Consejos. La aprobación de los Consejos es renovada periódicamente para asegurarse que los objetivos básicos se mantengan.³³

Actualmente la Secretaría de Salud, como dependencia rectora del Sistema Nacional de Salud, tiene la facultad de regular la formación de personal en el campo de la salud. Para tal efecto, y con el propósito de lograr una adecuada coordinación entre las instituciones educativas y de salud en materia de formación de recursos humanos, por decreto presidencial de octubre de 1983 se creó la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud, integrada por las Secretarías de Educación Pública, Salubridad y Asistencia (hoy Salud) y de Programación y Presupuesto (hoy SHCP), así como por los organismos descentralizados Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia y el Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica.

A invitación de la Comisión, forman parte de ella la Asociación Nacional de Universidades e Institutos de Enseñanza Superior, la Academia Nacional de Medicina y un representante de los Institutos Nacionales de Salud. Esta Comisión, a través de su Comité de Enseñanza de Posgrado y Educación Continua, coordina todo lo

³³ Guillermo Soberón Acevedo. La Evolución de la Medicina en México durante las últimas cuatro décadas. Op. cit. págs. 74-83

relativo a la formación de médicos especialistas y le compete, entre otras funciones, propiciar que la formación médica se oriente al cumplimiento de las políticas en materia de salud, contribuir a la definición de los perfiles de los profesionales de la salud, promover acciones de vinculación entre la docencia y la asistencia, recomendar los requisitos que deben reunir las instituciones de salud para que puedan participar en la formación de recursos humanos para la salud, proponer criterios de selección para la incorporación de alumnos de nivel técnico, licenciatura y de posgrado a las instituciones del sector salud y coadyuvar en la definición de criterios académicos para la selección de profesores entre el personal que labore en las instituciones de salud.

De la interrelación de las instituciones de salud con las de educación superior surge el Sistema Nacional de Residencias Médicas, que está integrado por el conjunto de dependencias y entidades del Sistema Nacional de Salud y del Sistema Educativo Nacional, que intervienen en la formación, capacitación y desarrollo de personal para la atención de la salud y que, a través de mecanismos de coordinación de acciones, tiene como finalidad la formación de especialistas en el campo de la medicina.

Con el objeto de regular en el Sistema Nacional de Residencias, la organización y funcionamiento de los cursos de especialización en las unidades médicas del Sistema Nacional de Salud, en septiembre de 1994 se expidió la Norma Oficial Mexicana NOM-090-SSA1-1994, para la organización y funcionamiento de residencias médicas, que contiene el conjunto de reglas de carácter obligatorio emitidas por la Secretaría de Salud, en las que se establecen los requisitos que se deben satisfacer para la organización, funcionamiento e impartición de los cursos de especialización.

En esta Norma se definen los requisitos para ingresar a las residencias médicas, en el que destaca el consistente en contar con la constancia de seleccionado en el examen nacional de aspirantes a residencias médicas que aplica anualmente la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud, de tal manera que el primer paso académico para que un médico pueda realizar una residencia es someterse a este examen de selección, el cual es organizado por el Comité de Enseñanza de Posgrado y Educación Continua dependiente de la antes mencionada Comisión Interinstitucional.

Además, la norma regula aspectos tales como las características de las unidades médicas receptoras de residentes, las promociones y cambios de sede, organización de las unidades administrativas de enseñanza en las unidades receptoras, guardias, estímulos a los residentes, incapacidades, permisos, cursos de especialización y los profesores para cursos de especialización.

2.3 Actividades del médico residente.

De los conceptos anotados, se observa que las llamadas residencias médicas tienen por objetivo primordial la formación profesional, entendiéndose por ello el proceso educativo, cuyo propósito es lograr que los educandos adquieran un perfil profesional previamente establecido. El objeto fundamental de los cursos de especialización es preparar especialistas en las distintas ramas de la profesión, proporcionándoles conocimientos amplios de una área determinada y adiestrándolos en el ejercicio práctico de la medicina.

Los estudios de posgrado significan una profundización académica de conocimientos y habilidades para los profesionistas, y en el caso de la medicina, en el entrenamiento que recibe el residente en el curso de especialización, que es realmente práctica en servicio, se le proporcionan los conocimientos, destrezas y actitudes suficientes que le permitan atender, resolver u orientar los problemas de su especialidad, mediante su preparación, que comprenda tanto el estudio de los aspectos teóricos y doctrinarios como la práctica orientada y supervisada.

En el proceso de enseñanza que tiene lugar durante la residencia, la acción y la información deben coexistir armónicamente. Se sabe que la acción es el principal recurso de aprender y la información el complemento necesario. Las técnicas de enseñanza basadas en la participación activa aventajan en eficiencia a las expositivas o de demostración, de tal manera que las residencias médicas constituyen uno de los ejemplos característicos de las técnicas de participación, en donde las actividades supervisadas destacan como el aspecto fundamental del aprendizaje.

La enseñanza médica de posgrado en México, durante la primera mitad de este siglo siguió un modelo tradicional. El joven médico que deseaba continuar su aprendizaje, se acercaba a uno de los maestros distinguidos que habitualmente ocupaban las jefaturas de los servicios en los hospitales de enseñanza. La selección de la disciplina dependía del interés del médico por un campo determinado y de la personalidad y prestigio del educador y la selección del alumno dependía de su desempeño como estudiante de pregrado y también de las relaciones personales con el profesor. Se iniciaba así el aprendizaje sin un programa fijo ni metas claramente definidas. El progreso del discípulo dependía de su dedicación al trabajo hospitalario y al estudio y también en gran parte del interés del preceptor por la enseñanza.

En la mayoría de los casos el proceso educativo estaba basado en un arreglo personal entre el profesor y el alumno; en otras existía una sanción institucional acompañada de un nombramiento de médico externo o aspirante que correspondía a una primera etapa de la carrera hospitalaria. El trabajo era de carácter voluntario sin remuneración económica; se le dedicaba la mañana, lo cual dejaba al alumno la tarde libre para desempeñar actividades que le permitieran ganarse la vida.³⁴

En la actualidad la organización y funcionamiento de las residencias médicas se encuentran reguladas en la Norma Oficial Mexicana NOM-090-SSA1-1994 antes mencionada. Este ordenamiento señala que a través de las residencias los médicos obtienen conocimientos amplios para el ejercicio de una rama de la medicina, de acuerdo con un programa académico establecido por una institución de educación superior y efectuado operativamente en una institución de salud, y que las actividades que comprende la residencia son de instrucción académica, adiestramiento clínico, guardias y el servicio social profesional cuando corresponda. Adicionalmente deben realizar actividades de investigación médica.

De esta manera, el funcionamiento de las residencias se da a través de dos programas fundamentales que guardan congruencia entre sí: el académico y el operativo. El primero, es el plan de estudios vigente en la institución de educación superior y el operativo, es el plan que en concordancia con el programa académico describe el desarrollo calendarizado de las actividades de una residencia a nivel hospital, servicio o departamento. En este programa se determina el temario del proyecto académico, las actividades teórico-prácticas a realizar, los responsables de las mismas, los tiempos destinados para la alimentación, descansos, guardias y

³⁴ Bernardo Sepúlveda. Op. cit. pág. 74

periodos de vacaciones y es elaborado por los profesores del curso y el Jefe de la Unidad Administrativa de Enseñanza de cada unidad médica receptora con la participación de los residentes.

En este sentido, los médicos residentes realizan las siguientes actividades:

- Instrucción académica. Comprende la asistencia a conferencias de teoría, sesiones clínicas, anatomoclínicas, clínico-radiológicas, bibliográficas y demás actividades académicas que se señalen como parte de los estudios de especialización en los programas académico y operativo autorizados.

- Adiestramiento clínico o quirúrgico. Comprende la participación activa y supervisada del residente en la atención médica del enfermo, en las áreas, niveles y responsabilidades que le correspondan, de acuerdo al programa operativo vigente en la unidad médica receptora y al grado académico que curse.

- Actividad clínica complementaria (guardias). Comprende el conjunto de actividades asistenciales y académicas que realiza el residente, al término de la jornada normal, en la unidad de atención médica a la que está asignado, y de acuerdo con el programa operativo correspondiente. Su frecuencia es determinada por la institución respectiva, sin exceder de un máximo de tres veces por semana, con intervalos de por lo menos dos días y en forma alternada durante los sábados, domingos y días no hábiles. En urgencias, terapia intensiva y otros servicios especiales, la frecuencia de las guardias, su duración y los descansos son definidos por la unidad médica receptora.

- Actividades de investigación.- Consiste en realizar cuando menos un trabajo de investigación médica, de acuerdo con los lineamientos y las normas que para tal efecto emitan las instituciones educativas y de salud y la unidad médica receptora, bajo la supervisión del profesor del curso.

Actualmente los cursos de especialización se ofrecen en todas las entidades federativas del país, dentro de los cuales se encuentran principalmente las siguientes especialidades:

- . Anatomía Patológica
- . Anestesiología
- . Cirugía General
- . Comunicación, Audiología y
- . Foniatria

- . Medicina Interna
- . Medicina Legal
- . Medicina Nuclear
- . Oftalmología
- . Ortopedia

- . Epidemiología
- . Genética Médica
- . Ginecología y Obstetricia
- . Medicina de Rehabilitación
- . Medicina del Trabajo
- . Medicina Familiar
- . Otorrinolaringología
- . Patología Clínica
- . Pediatría
- . Psiquiatría
- . Radiología e Imagen
- . Urgencias Médico-Quirúrgicas³⁵

Señala el Doctor Bernardo Sepúlveda³⁶ que el sistema de residencias médicas es el mejor método de enseñanza para las disciplinas clínicas, ya que cuando la atención del paciente es el objetivo básico, el aprendizaje de los métodos de exploración y tratamiento debe hacerse en contacto directo con el paciente bajo la guía de un preceptor. De una manera progresiva, a medida que aumentan sus conocimientos y destrezas, el residente debe ir asumiendo la responsabilidad de integrar el diagnóstico, de llevar a cabo las maniobras exploratorias, de formular un plan terapéutico y finalmente, de ejecutarlo. Estas labores se complementan con el aprendizaje simultáneo de las ciencias básicas relacionadas con la especialidad, el trabajo en los laboratorios y la participación activa en las sesiones anatomoclínicas, bibliográficas y de investigación que normalmente debe tener un servicio.

Aún cuando el sistema no es muy distinto de las preceptorías del principio del siglo, la diferencia fundamental está en que el aprendizaje está sujeto a un programa con metas y objetivos definidos, el cual debe ser completado en un tiempo previamente establecido. El médico que inicia una residencia de posgrado sabe que si trabaja con seriedad y constancia, al final de tres, cuatro o cinco años, según el caso, habrá obtenido los conocimientos suficientes para resolver adecuadamente los problemas de una especialidad y tendrá además el crédito universitario.

³⁵ Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud. XX Examen Nacional para aspirantes mexicanos y extranjeros a residencias médicas. México. Ed. Comité de Posgrado y Educación Continua, 1996. pág. 7

³⁶ Op. cit. pág. 81

En consecuencia, las residencias hospitalarias constituyen mecanismos técnico-docentes de gran importancia, que hacen posible por una parte la formación de recursos humanos especializados en diferentes disciplinas médicas, y por otra, colabora en la prestación de servicios de atención médica en las diferentes unidades nosocomiales. Este carácter dual de las residencias indica los rasgos distintivos de los médicos residentes.

Así también se observa que el médico residente es ante todo un estudiante y que el hospital para él es en rigor una escuela donde aprende bajo la guía tutelar de una persona experimentada y donde desarrolla capacidades que no desarrolló en el transcurso de sus estudios.

Finalmente, se destaca que la contribución de las instituciones hospitalarias a los cursos de especialización en medicina es importante, ya que hay sedes distribuidas en todas las ciudades en las que se realizan los diversos cursos. Estas sedes corresponden a unidades de atención médica públicas, descentralizadas, universitarias, estatales y privadas del Sistema Nacional de Salud, dentro de las cuales se encuentran las siguientes:

- Secretaría de Salud.
- . Sistema de Hospitales en el D.F. y en los Estados.
- . Institutos Nacionales de Salud.
- Instituto Mexicano del Seguro Social (I.M.S.S.).
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (I.S.S.S.T.E.).
- Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.
- Dirección General de Servicios de Salud del Distrito Federal.
- Servicios Médicos de Petróleos Mexicanos.
- Instituciones Médicas Estatales, Universitarias y Privadas.³⁷

³⁷ Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud. Op. cit. pág. 6

Estas unidades médicas deben reunir determinadas características, las cuales están señaladas en la Norma Oficial Mexicana mencionada.

2.3.1 Naturaleza jurídica del médico residente.

Conforme al concepto que se precisó, el médico residente es un profesional de la medicina con título legalmente expedido, que ingresa a una unidad médica receptora para cumplir con una residencia y adquirir una especialidad.

Al considerarse que en el cumplimiento de esta residencia el médico realiza actividades de adiestramiento y en forma concomitante se desempeña como trabajador prestando servicios asistenciales, por Decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación de 30 de diciembre de 1977, fue adicionado a la Ley Federal del Trabajo el capítulo XVI denominado *Trabajo de los médicos residentes en período de adiestramiento en una especialidad*, que forma parte del Título Sexto que norma los trabajos especiales, como anteriormente se dijo.

El hecho de que el trabajo desempeñado por estos médicos esté regulado dentro de los trabajos especiales, en términos del artículo 181 de la propia ley implica que se trata de una normatividad específica; esto es, con reglas que no son comunes a la generalidad de los trabajos.

Así, el conjunto de actividades que realiza el médico residente durante el período de su adiestramiento es reconocido por la ley como un trabajo, regulándolo en un capítulo especial, siendo en consecuencia los residentes trabajadores que

prestan servicios de asistencia médica, dentro de la actividad de adiestramiento que desarrollan.

En este contexto, y conforme a la legislación vigente, el médico residente dentro de su período de adiestramiento ejecuta al mismo tiempo actividades académicas y laborales y al prestar un servicio personal subordinado se encuentra sujeto a una relación laboral con los derechos y obligaciones que le señala la Ley Federal del Trabajo y el contrato respectivo.

Por lo expuesto, queda señalado que el médico residente es un trabajador al servicio de una unidad hospitalaria, es un profesional que como tal ejerce la medicina y es un educando que está perfeccionando sus conocimientos para alcanzar un nivel académico superior.

Cabe señalar que si bien es cierto estos médicos, con motivo de su especialización profesional presentan diversas facetas, el objetivo fundamental que predomina es su capacitación para adquirir una especialidad, la cual no se logra únicamente con los programas de estudio sino con la atención a los enfermos mediante actividades de adiestramiento clínico o quirúrgico, pero cuya finalidad esencial es el aprendizaje.

2.4 La responsabilidad en el ejercicio de sus actividades.

El proceso de formación de los médicos residentes se lleva a cabo a través de un sistema de enseñanza fundamentalmente práctico, como mecanismo idóneo para adquirir conocimientos amplios y habilidades en el ejercicio de la medicina, en beneficio de la población enferma del país como usuarios de los servicios médicos;

sistema de aprendizaje adoptado desde el origen de la medicina y que se acentúa precisamente en la formación de especialistas, donde se requiere de un entrenamiento en servicio efectuado operativamente en una institución de salud, conforme a un programa académico establecido por una institución de educación superior.

Dado que se trata precisamente de una participación activa dentro de un proceso de enseñanza, la posibilidad de incurrir en responsabilidad dentro de su práctica médica es mayor que la de otro profesional que se desempeña como médico general o como especialista, ya que en sentido estricto no es lo uno ni lo otro.

Como carece de la autorización para ejercer como especialista, en razón de que no cuenta con los conocimientos y práctica necesarios para tal efecto, al otorgarle el derecho de ejercer la residencia se le autoriza excepcionalmente a ejercer (practicar) actos propios de la especialidad que está estudiando, sin que ello implique que cuente con la pericia propia de las especialidades médicas, ya que la adquisición de la misma es precisamente el objeto perseguido por la residencia.

No obstante este mayor riesgo de incurrir en un error en el ejercicio de su práctica médica, ante su falta de pericia, el hecho de estar dentro de un proceso de formación como educando, contar con un título profesional que significa haber cumplido con los requisitos académicos para ejercer su profesión y a la vez prestar un servicio personal subordinado en una institución de salud, con los derechos y obligaciones que le impone la legislación de la materia, en el ejercicio de estas actividades el médico residente se encuentra sujeto a un marco legal que las regula y que sanciona las responsabilidades en que puede incidir.

El vocablo 'responsabilidad' proviene del latín *respondere*, interpretable como estar obligado. Entre los conceptos que se han formulado al respecto, se entiende por responsabilidad la capacidad de un sujeto de derecho de conocer y aceptar las consecuencias de sus actos realizados consciente y libremente; esto es, la capacidad de responder por sus actos, que se traduce en el surgimiento de una obligación o merecimiento de una pena en un caso determinado, como resultado de la ejecución de un acto específico.

Según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, significa *Deuda, obligación de reparar y satisfacer, por sí o por otro, a consecuencia de delito, de una culpa o de otra causa legal.*³⁸

Un principio jurídico general, establece para todas las personas la obligación de responder por los daños que ocasionen a un tercero, por lo que el médico no escapa a esta forma de responsabilidad por los daños que cause en el ejercicio de su profesión, aunque no haya habido de su parte el propósito de causar un perjuicio; circunstancia que constituye la llamada responsabilidad médica y que Lacassagne define como: *La obligación para los médicos de sufrir las consecuencias de ciertas faltas por ellos cometidas en el ejercicio de su arte, faltas que pueden comportar una doble acción, civil y penal.*³⁹

En este sentido, la responsabilidad médica constituye la obligación que tienen los médicos de compensar, reparar o satisfacer, por consecuencia de sus actos y dentro del ejercicio de su profesión las omisiones, acciones y errores, ya sean voluntarios o involuntarios.

³⁸ Real Academia de la Lengua Española. Diccionario de la lengua española. Espasa-Calpe. Madrid, 1970. pág. 1140

³⁹ Nerio Rojas. Medicina Legal. 11 ed. Ed. Buenos Aires, 1976. pág. 427

A continuación de una manera general se expone el marco jurídico que regula las facetas que presenta la variada actividad de los médicos residentes de la Secretaría de Salud, con el objeto de identificar los aspectos que inciden en torno a la responsabilidad en que pueden incurrir cuando durante sus actividades clínicas o quirúrgicas causan daños a terceros: análisis que conduce al régimen de responsabilidades administrativas que constituye el objeto de este estudio.

2.4.1 Régimen académico.

Las condiciones de ingreso, y las actividades del médico residente en las instituciones donde presta su servicio y recibe entrenamiento como especialista, se dan en un marco legal conformado por el artículo 5o. Constitucional y disposiciones en materia de profesiones, Ley General de Salud, Ley Federal del Trabajo, Acuerdo de creación de la Comisión Interinstitucional para la formación de recursos humanos para la salud y la Norma Oficial Mexicana NOM-090-SSA1-1994, para la organización y funcionamiento de residencias médicas.

En principio, la formación de recursos humanos en el país compete a la Secretaría de Educación Pública en términos generales. En el caso de educación superior, las leyes permiten que esta labor sea desempeñada por instituciones públicas con autonomía o no, o privadas con reconocimiento de validez oficial de estudios.

Tratándose de recursos para el área de la salud y como se ha mencionado, existe una fundamental participación de la Secretaría de Salud, quien se encarga de coordinar las funciones correspondientes a la ocupación receptora de los médicos residentes en período de adiestramiento a través de su Dirección General de Enseñanza en Salud.

La Ley General de Salud señala que el ejercicio de las profesiones, las actividades técnicas y auxiliares y de las especialidades para la salud, estará sujeto a las leyes de profesiones, las bases de coordinación suscritas entre las autoridades educativas y las autoridades sanitarias, las de la propia Ley General de Salud y las demás que se emitan sobre el particular, por lo que las actividades que ejercen los médicos residentes quedan sujetas a esas disposiciones legales.

Establece además que los aspectos docentes del internado de pregrado y de las residencias de especialización, se regirán por lo que establezcan las instituciones de educación superior, de conformidad con las disposiciones que rigen su organización y funcionamiento y lo que determinen las autoridades educativas competentes, y que la operación de los programas correspondientes en los establecimientos de salud, se llevará a cabo de acuerdo a los lineamientos establecidos por cada una de las instituciones de salud y lo que determinen las autoridades sanitarias competentes. De esta manera y como se ha señalado, los aspectos docentes de las residencias de especialización son regidos por las instituciones de educación superior, en tanto que compete a los establecimientos de salud, en donde se lleva a cabo la operación de los programas correspondientes, fijar los criterios conducentes con la participación de la autoridad sanitaria.

De esta manera, las residencias de especialización médica son cursos de posgrado que se realizan en las unidades de atención médica del Sistema Nacional de Salud y tienen el propósito de formar recursos humanos de alto nivel profesional, científico, humanístico y técnico, para afrontar los problemas de salud de la población, en el ejercicio más representativo de integración docencia-servicio; y la responsabilidad académica, en lo que se refiere a la impartición de los cursos, es compartida por las instituciones educativas y por las que corresponden al sistema Nacional de Salud, de acuerdo con la normatividad que les es propia y con las recomendaciones emanadas de la Comisión Interinstitucional antes citada.

El artículo 94 de la Ley General de Salud, dispone que cada institución de salud, con base en las normas técnicas que emita la Secretaría de Salud, establecerá las bases para la utilización de sus instalaciones y servicios en la formación de recursos humanos para la salud, y en virtud de esta facultad, la Secretaría de Salud expidió la Norma Oficial Mexicana NOM-090-SSA1-1994, para la organización y funcionamiento de residencias médicas ya comentada.

De las disposiciones contenidas en esta Norma, destacan las que contemplan derechos y obligaciones adicionales a los contenidos en el capítulo especial de la Ley Federal del Trabajo, dentro de los que se encuentran, por lo que hace a los primeros, el derecho a recibir la enseñanza de posgrado correspondiente a su especialidad, de conformidad con los programas académico y operativo, bajo la dirección, asesoría, supervisión y compromiso académico de los profesores.

En el numeral 10.3 se precisa que durante el adiestramiento clínico o quirúrgico, los residentes participarán en el estudio y tratamiento de los pacientes

que se les encomienden, *siempre sujetos a las indicaciones y a la supervisión de los médicos adscritos a la unidad médica receptora de residentes*; de lo que se sigue que la institución receptora se encuentra obligada a prever que en sus actividades de adiestramiento clínico, el residente actúe bajo la dirección, supervisión y asesoría de un médico adscrito, en razón precisamente de su condición de educando, de tal suerte que de no darse este supuesto y ocurrir un incidente de impericia, habrá responsabilidad de la unidad receptora.

Así también tienen derecho a recibir de la institución de salud, asesoría y defensa jurídica en aquellos casos de demanda de terceros, por acciones relacionadas con el desempeño de las actividades correspondientes a la residencia *si no son imputables a negligencia o faltas contra la ética profesional*; de tal manera que en estos dos supuestos el médico residente no tiene derecho a ser protegido por la institución de salud, mas no así tratándose de faltas cometidas por impericia, en donde en todo caso debe actuar bajo la dirección, supervisión y asesoría de un médico adscrito. En consecuencia, la inclusión de este derecho en la Norma es resultado precisamente de la necesidad que tienen estos médicos de ser protegidos cuando en el ejercicio de sus actividades de adiestramiento ocurren incidentes de impericia.

Por lo que hace a sus obligaciones, se encuentra la de cumplir la etapa de instrucción académica y el adiestramiento, de acuerdo con los programas académicos y operativos autorizados en la unidad médica receptora, de conformidad con las responsabilidades que le correspondan según el grado académico que curse; cumplir debidamente las órdenes de las personas designadas para impartir el adiestramiento o para dirigir el desarrollo de las actividades inherentes a la residencia y cumplir las disposiciones internas de la unidad receptora; de tal manera

que las actividades de adiestramiento del residente se encuentran sujetas a un programa establecido y en su ejercicio debe obedecer las órdenes de la persona encargada de su capacitación.

Se concluye en consecuencia que como medida preventiva para que el residente tenga protección durante sus actividades de adiestramiento, tiene derecho de actuar bajo la supervisión y asesoría de médicos adscritos, por lo que la falta de esta supervisión necesariamente acarrea responsabilidad de la unidad receptora ante daños ocasionados a terceros.

2.4.2 Régimen profesional.

El médico residente es un profesional de la medicina que ha satisfecho los requerimientos académicos para ejercer una profesión y cuenta con una cédula profesional que lo faculta para el desarrollo de esta labor en forma independiente o institucional, por lo que al continuar capacitándose para obtener una especialización, por fuerza lo hace ejerciendo frente a los pacientes su profesión.

La Ley de Profesiones para el Distrito Federal, define el ejercicio profesional como: *La realización habitual a título oneroso o gratuito de todo acto, o la prestación de cualquier servicio propio de cada profesión, aunque sólo se trate de simple consulta o la ostentación del carácter de profesionista por medio de tarjetas, anuncios, placas, insignias o de cualquier otro modo. No se reputará ejercicio profesional cualquier acto realizado en los casos graves con propósito de auxilio inmediato.*

El ejercicio de la medicina como profesión es regulada por esta misma ley, que en su artículo segundo transitorio determina a la rama de la medicina como una

profesión que requiere para su ejercicio, además del título, de la cédula profesional correspondiente.

En este sentido, el ejercicio profesional que desarrollan los médicos residentes durante su adiestramiento, a través de sus actividades clínicas o quirúrgicas, queda sujeto a lo dispuesto en esta ley, misma que prevé que el profesionista está obligado a poner todos sus conocimientos científicos y recursos técnicos al servicio de su cliente, así como al desempeño del trabajo convenido; ejercicio profesional que se realiza bajo la vigilancia de la Dirección General de Profesiones, dependiente de la Secretaría de Educación Pública, y de los colegios de profesionistas, en su caso, cuyo propósito tiene, entre otros, la vigilancia del ejercicio profesional con el objeto de que se realice dentro del más alto plano legal y moral.

Llama la atención lo dispuesto en los artículos 50 y 54 de la Ley de Profesiones que disponen: *Artículo 50.- No quedan sujetas a la ley las prácticas que hagan los estudiantes como parte de sus cursos escolares y bajo la dirección y vigilancia de sus maestros. Artículo 54.- Los reglamentos de campo de acción de cada profesión, fijarán la manera como los estudiantes deberán hacer sus prácticas profesionales, pero en todo caso, cuando las hagan en servicios para el público o para el Estado, deberán estar asesoradas por un profesionista responsable.*

Cabe señalar que en el caso de los médicos residentes, si bien cuentan con un título y cédula profesional que los faculta para ejercer su profesión, la misma la desempeñan junto a las prácticas que como educandos deben realizar y además bajo la dirección y supervisión de médicos adscritos, por lo que en la aplicación de esta Ley de Profesiones se debe tomar en cuenta esta circunstancia.

Por otro lado, en esta Ley de Profesiones se prevén una serie de delitos, infracciones y sanciones para los profesionistas que incumplen la misma, y que corresponde aplicar a la citada Dirección General de Profesiones; autoridad que para tales efectos se encuentra obligada a tomar en cuenta las circunstancias en que fue cometida la infracción, su gravedad, la categoría profesional y la condición económica del infractor. Dentro de estas sanciones se destaca la cancelación del registro del título profesional por condena judicial, inhabilitación o suspensión en el ejercicio, la cual produce efectos de revocación de la cédula.

Es importante señalar que desde el origen de la medicina, se observó que el médico siempre ha estado propenso a ser sancionado para salvaguardar los intereses de los pacientes, por lo que el residente, al estar ejerciendo frente a ellos su profesión dentro de la actividad de adiestramiento que desarrolla, también se encuentra sujeto a los derechos y obligaciones que son propios de la profesión, como lo es la obligación de brindar atención médica y la posibilidad de ser sujeto de responsabilidad. Desde esta perspectiva, el médico está sujeto a las prescripciones de las leyes penales y civiles del Estado en que ejerce la medicina, como lo está cualquier otro profesional que cuenta con título y cédula profesional.

Bajo este contexto, la responsabilidad profesional se extiende a diversos ámbitos legales como lo es el penal y civil, a los que la propia Ley de Profesiones remite y que en forma sucinta a continuación se comentan:

Desde el punto de vista penal, la responsabilidad de los médicos se define en esta misma Ley de Profesiones, que establece que los delitos que cometan durante su ejercicio, serán castigados por las autoridades competentes bajo los preceptos del Código Penal.

En lo particular, el Código Penal para el Distrito Federal en materia del fuero común y para toda la república en materia del fuero federal, establece que los delitos son los actos u omisiones que sancionan las leyes penales y pueden ser intencionales o no intencionales (o de imprudencia). Obra intencionalmente el que conociendo las circunstancias del hecho típico, quiere o acepta el resultado prohibido por la ley y obra imprudencialmente el que realiza el hecho típico incumpliendo un deber de cuidado, que las circunstancias y condiciones personales le imponen.

Este Código regula lo relativo a la responsabilidad profesional en el Título Decimosegundo, concretamente en los artículos 228 al 230. El primero establece que los profesionales, técnicos y auxiliares, serán responsables de los delitos que cometan en el ejercicio de su profesión, y que además de las sanciones fijadas para delitos que resulten consumados, según sean dolosos o culposos, se les aplicará suspensión de un mes a dos años en el ejercicio de la profesión o definitiva en caso de reincidencia y que estarán sujetos a la reparación del daño por actos propios y por los de sus auxiliares, cuando éstos obren bajo sus instrucciones.

En consecuencia, desde el punto de vista penal un profesional de la salud puede cometer delitos culposos o dolosos. Los primeros son aquellos en donde se realiza un hecho típico, incumpliendo un deber de cuidado que las circunstancias y condiciones personales le imponen al sujeto, y los segundos son aquellos donde el sujeto, conociendo las circunstancias del hecho típico, quiere o acepta el resultado prohibido por la Ley. Ejemplo de delito culposo, es el del cirujano que en una operación quirúrgica, por un acto de descuido, negligencia, impericia, imprudencia, etc., produce al paciente un daño físico (lesión o muerte), que es consecuencia necesaria de tal acto culposo, esto es, si no se hubiese producido la conducta

culposa no se habría dado el resultado, y como ejemplo de delito doloso, podemos mencionar al cirujano que cobra por realizar una cirugía y que únicamente simula haberla realizado.

Sin embargo, se señala que la comisión de los delitos culposos es excepcional, ya que la regla general dispone que los profesionales de la salud son irresponsables desde el punto de vista del Derecho Penal, toda vez que su actividad profesional se encuentra reconocida por el Estado, razón por la cual actúan en ejercicio de un derecho, y porque su actividad se encamina a preservar la salud de los pacientes.⁴⁰ En este sentido, resulta importante definir cuáles son las circunstancias que determinan que un profesional de la salud incurra en responsabilidad penal.

En el caso de delitos dolosos, como podrían ser fraude, homicidio intencional, lesiones, etc., es evidente que la responsabilidad penal deriva del apartamiento consciente y voluntario en que incurre el médico, por lo que hace al recto ejercicio de su profesión, pero tratándose de delitos culposos es sumamente difícil diferenciar nítidamente cuándo se está frente a un incumplimiento de los deberes propios de los médicos.

Como regla general, los médicos cumplen escrupulosamente su profesión; sin embargo, considerando que la medicina es eminentemente de carácter evolutivo, de tal manera que está determinada por los avances científicos y tecnológicos en materia de equipo médico, medicinas, etc., así como por los logros que día a día obtiene, las posibilidades de incurrir en responsabilidad son muchas veces inevitables.

⁴⁰ Francisco Pavón Vasconcelos. Manual de Derecho Penal Mexicano. 7a. ed. México, Ed. Porrúa, 1985, pág. 341

Por tanto, en la clase de delitos que se describen, un elemento indispensable para que se configure la responsabilidad penal de los médicos, consiste en el incumplimiento de su profesión, que necesariamente debe ser culposo (impericia, negligencia, imprudencia, descuido, etc); mismo que debe producir un resultado típico, es decir, previsto y sancionado por el Código Penal y debe existir un nexo causal entre ambos elementos.⁴¹

Además, a esta responsabilidad le resultan aplicables las reglas generales que rigen el Derecho Penal, lo que implica que existen otros elementos que pueden impedir la actualización de la responsabilidad penal, tales como la ausencia de conducta, atipicidad, la inimputabilidad, la existencia de causas excluyentes de responsabilidad o de causas de inculpabilidad, etc.

Por otro lado, cabe comentar que la prueba idónea para este tipo de responsabilidad es el dictamen de peritos, considerando que la propia Ley de Profesiones dispone que cuando hubiere inconformidad por parte del cliente con respecto al servicio realizado, el asunto se resolverá mediante un juicio de peritos, en cuyos dictámenes se deberán tomar en cuenta las siguientes circunstancias:

- Si el profesional procedió correctamente dentro de los principios científicos y técnicas aplicables al caso y generalmente aceptadas dentro de la profesión de que se trate.
- Si dispuso de los instrumentos, materiales y recursos de otro orden que debieron emplearse, atendidas las circunstancias del caso y el medio en que se presta el servicio.
- Si en el curso del trabajo se tomaron todas las medidas indicadas para obtener un buen resultado.

⁴¹ Raúl Carranca y Trujillo. Derecho Penal Mexicano. Parte General. 15 ed. México, Ed. Porrúa. 1986. págs. 275-277

- Cualquier otra circunstancia que en el caso especial pudiera haber influido en la deficiencia o fracaso del servicio prestado.

La Suprema Corte de Justicia de la Nación en la jurisprudencia No. 133, publicada en el Apéndice del Semanario Judicial de la Federación, 1917-1985, Segunda Parte, Primera Sala, p. 273, bajo el rubro: "Imprudencia, delitos por prueba de la responsabilidad", ha establecido que: *La responsabilidad penal derivada de culpa o imprudencia debe probarse, pues por cuanto a ella la ley no consigna ninguna presunción juris tantum, como sucede tratándose de delitos intencionales.*

Asimismo resulta procedente por analogía la tesis de jurisprudencia No. 799 visible a fojas 1322-1323, del Apéndice del Semanario Judicial de la Federación de 1917-1988, Segunda Parte, Salas y Tesis Comunes, Volumen III, que dice: *Enfermedades de Trabajo, prueba pericial para determinar las. La naturaleza y condiciones de una enfermedad profesional o el estado patológico de un individuo, requieren para su determinación conocimientos especiales, por lo que necesariamente habrán de fijarse por peritos.*

Tratándose de médicos residentes, al imputarles como culpa su falta de pericia, debe tenerse en cuenta que su impericia se desprende del propio hecho de ser residente, supuesto en el cual no existe obligación de tener pericia, ya que es precisamente la adquisición de esta pericia la finalidad de los estudios de especialización.

Asimismo, se debe considerar que conforme a lo dispuesto por el artículo 54 de la Ley de Profesiones antes transcrito, cuando los médicos residentes como educandos realizan sus prácticas profesionales, deben estar asesorados por un profesionista responsable, por lo que la falta de esta prevención es responsabilidad de la institución de salud donde realizan la residencia.

Por lo que hace la responsabilidad civil, la Ley de Profesiones en cita precisa que: *Los profesionistas serán civilmente responsables de las contravenciones que cometan en el desempeño de trabajos profesionales, los auxiliares o empleados que estén bajo su inmediata dependencia y dirección, siempre que no hubieran dado las instrucciones adecuadas o sus instrucciones hubieran sido la causa del daño.*

En este sentido, el médico residente siempre debe desarrollar sus actividades clínicas o quirúrgicas sujeto a las indicaciones y a la supervisión de los médicos adscritos a la unidad médica receptora de residentes (Vid. supra p. 66-67), en esta materia la responsabilidad directa recae en el profesionista encargado de la dirección o supervisión, siempre que su instrucción no haya sido la adecuada o hubiera sido la causa del daño. De no darse este supuesto los médicos residentes deben responder por sus propios actos.

En el ámbito del derecho la doctrina no se unifica acerca del concepto y definición de la responsabilidad civil; sin embargo, se considera que tiene una finalidad reparatoria y por tanto, busca garantizar la esfera jurídica de los sujetos del derecho, con el propósito de restablecer la situación patrimonial de la víctima del daño antijurídico, donde en consecuencia la indemnización será proporcional al daño sufrido.

El artículo 1910 del Código Civil para el Distrito Federal establece: *El que obrando ilícitamente o contra las buenas costumbres cause daño a otro, está obligado a repararlo, a menos que demuestre que el daño se produjo como consecuencia de culpa o negligencia inexcusable de la víctima.*

En este sentido, la responsabilidad civil requiere de la concurrencia de los siguientes elementos: 1) Un hecho ilícito. 2) La existencia de un daño y 3) Un nexo de causalidad entre el hecho y el daño.⁴²

- La actuación ilícita, que es un elemento indispensable de la responsabilidad civil, implica un obrar doloso o culposo, bien por su propósito de causar daño, o ya sea por ser producto de la imprudencia, negligencia, ignorancia, inadvertencia o impericia.
- El daño sufrido por una persona, que se refiere no sólo al menoscabo registrado por el perjudicado en su patrimonio, sino también al perjuicio que impide percibir las legítimas utilidades y al daño infligido a valores no cuantificables en dinero, en cuyo caso se habla de daño moral.

Así, los daños que un profesionista puede causar a un tercero por medio de los servicios que presta, pueden ser de tres tipos:

- Daño material, que se refiere a las pérdidas materiales que forman parte del patrimonio del tercero.
 - Daño físico, el cual se identifica con la disminución de la salud o vigor vital del afectado; y
 - Daño moral, que se refiere a las consecuencias derivadas del dolor, pena o trastornos psicológicos que afectan la integridad moral del tercero.
- En cuanto al nexo causal entre el hecho y el daño, la obligación de reparar o indemnizar los daños y perjuicios, o sea, la responsabilidad civil, puede tener su origen en un contrato, en cuyo caso se habla de responsabilidad contractual, o puede tratarse de responsabilidad extracontractual.⁴³ La contractual se basa en el incumplimiento de la obligación pactada y la extracontractual, también denominada responsabilidad objetiva, su fuente es la ley y se indemniza el daño por sí mismo, sin necesidad de que concurra la imprevisión o incumplimiento involuntario, fundándose en el principio de que todo el que causa un daño, independientemente de la causa que lo produzca, tiene que resarcir. La legislación mexicana acoge la responsabilidad extracontractual y libera de reparar el daño tan solo

⁴² Diccionario Jurídico Mexicano. T-VIII. UNAM. Responsabilidad Civil. México, pág. 46

⁴³ Comisión Nacional de Derechos Humanos. La responsabilidad profesional del médico y los derechos humanos. México. Ed. Promotora Gráfica, 1975. pág. 123

cuando éste se produce como consecuencia de culpa o negligencia inexcusable de la víctima, como así lo precisa el mencionado artículo 1910 del Código Civil.

La reparación del daño debe consistir en el restablecimiento de la situación anterior a él y cuando ello sea imposible, en el pago de daños y perjuicios. Los artículos 2108 y 2110 del Código Civil, definen a los daños como la pérdida o menoscabo sufrido en el patrimonio por la falta de cumplimiento de una obligación y a los perjuicios como la privación lícita que debiera haberse obtenido con el cumplimiento de la obligación. Asimismo el artículo 2110 condiciona que los daños y perjuicios deben ser consecuencia inmediata y directa de la falta de cumplimiento de la obligación, ya sea que se hayan causado o que necesariamente deben causarse. El Código Civil para el Distrito Federal, en el artículo 2516 sólo responsabiliza a los profesionales con las personas a quienes sirve por negligencia, impericia o dolo.

Finalmente, en materia laboral la Ley de Profesiones prevé que los profesionistas que ejerzan su profesión en calidad de asalariados, quedan sujetos por lo que a su contrato se refiere, a los preceptos de la Ley Federal del Trabajo y al Estatuto de los Trabajadores al Servicio de los Poderes de la Unión, en su caso; de tal manera que si el médico residente dentro del trabajo que desarrolla durante su adiestramiento, se encuentra sujeto a una relación de subordinación, con el derecho a percibir un salario por el servicio de asistencia médica que proporciona durante su capacitación, su ejercicio profesional queda sujeto a lo dispuesto en la legislación laboral correspondiente y que enseguida se comenta.

2.4.3 Régimen laboral.

En ocasión de un conflicto suscitado entre los médicos residentes y las instituciones estatales hospitalarias que se ocupaban de la salud pública, se

reglamentó en la Ley Federal del Trabajo, como un trabajo especial, el trabajo de los médicos residentes en periodo de adiestramiento en una especialidad. En el año de 1964-1965 se produjo el llamado "movimiento médico", donde tuvieron lugar tres paros de médicos residentes y se invitó a un paro médico general ante la demanda de mejores ingresos y seguridad laboral.

Al respecto el Licenciado Néstor de Buen Lozano⁴⁴ señala que había necesidad de reconocer que los médicos en beneficio de su especialización, debían quedar sometidos a condiciones particulares, en las que prevaleciera el objetivo fundamental de su capacitación y que además, era necesario resolver los problemas derivados de las exigencias académicas, que no podían funcionar al margen de la prestación real de los servicios, ya que la medicina se aprende en el contacto directo de los enfermos y no sólo en las aulas.

Sostiene además, que los médicos residentes tienen como objetivo primordial la formación profesional y como un medio para obtenerla ejecutan al mismo tiempo actividades académicas y laborales, y que no se puede entender una mera actividad académica en un centro de salud, salvo que se trate de los cursos necesarios para una licenciatura, ya que en cualquier otra actividad el médico titulado que se capacita por fuerza lo hace ejerciendo frente a los pacientes su profesión.

En realidad, los médicos internos y residentes eran considerados solamente como estudiantes o practicantes, sin tomar en cuenta el trabajo que desarrollaban a toda hora del día y de la noche. Por tanto, no estaban ni dentro ni fuera de la ley, simplemente en forma tradicional no existía ley para ellos, por lo que no tenían protección ni derecho alguno. Los médicos pasaban la mayor parte de su tiempo en

⁴⁴ Derecho del Trabajo. Tomo II, 10 ed. Ed. Porrúa, México, 1994, págs. 481-521

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

los hospitales recibiendo la enseñanza y prestando servicios en relación con su capacidad técnica.

En esta etapa se puso de manifiesto la confusión respecto a cómo debía ser considerado el médico, restándole características de auténtico trabajador, calificándolo como un ente abnegado y estudioso en ejercicio de un apostolado, como un ser dispuesto a las privaciones y al sacrificio. Por tanto, uno de los logros de este movimiento fue establecer que el médico era un ser humano que ejercía su profesión como trabajador para obtener lo necesario para él y su familia, que además tenía una ética profesional y un propósito de superación permanente, y que por razones de equidad social no tenía que ser víctima de la explotación de los demás. Sostenían que realizaban labores específicas en la atención de los enfermos y que además asumían responsabilidades en las tareas médicas que desempeñaban.

En consecuencia, el conflicto médico fue la exteriorización de un proceso evolutivo, en el que los médicos convencieron al Legislador de la magnitud de su trabajo y de la importancia de su colaboración en el desarrollo nacional y de esta manera, lograron que las dependencias oficiales reconocieran la calidad de "trabajador" al médico residente y ya no clasificarlo como "becario" o únicamente como sujeto de enseñanza, dejando establecido que si bien el médico estaba en una etapa especial de capacitación, eran además profesionistas que realizaban definidas tareas en los servicios médicos hospitalarios.⁴⁵

De esta manera, el Capítulo XVI de la Ley Federal del Trabajo, define el trabajo desarrollado por los residentes en período de adiestramiento como un trabajo

⁴⁵ Norberto Treviño Zapata. El Movimiento Médico en México 1964-1965. Ed. UNAM. México, 1989. págs. 21-61.

especial, y por tanto, sujetos a un régimen de derechos y obligaciones también especiales.

Algunos autores consideran que la regulación actual del trabajo de estos médicos es arbitraria, y que existe una parcialidad hacia las instituciones receptoras de residentes, que va en contra de los principios generales de la Constitución Política y del derecho laboral, como lo son la estabilidad en el empleo, la duración máxima de la jornada de trabajo y la correspondiente a la semana de trabajo. Sin embargo, tal y como lo dice el licenciado Néstor de Buen⁴⁶ es evidente que la necesidad de regular en forma especial estas relaciones tuvo una razón técnica, motivada por el deseo de definir la condición laboral de estos trabajadores, lo que lleva implícito un cierto riesgo, ya que el exceso de individualización de las normas puede producir que algunos derechos que se estiman fundamentales para la generalidad de los trabajadores, se tengan que moderar más allá de lo debido, en razón de que su aplicación rigurosa sería contraria a las condiciones particularísimas de la prestación de servicios.

Señala que al estar regulado en un capítulo especial, significa que sus normas son particulares y no contrastan con el derecho común, además de que se dirigen a una determinada categoría de personas, sin que ello signifique que se trate de un régimen jurídico privilegiado, sino que la tendencia es sustraer a determinadas categorías de sujetos a las reglas generales, a veces en su perjuicio.

Cabe decir que si bien es cierto el médico residente, al cumplir con sus estudios y prácticas puede desempeñar un trabajo, en razón de sus peculiaridades no puede regirse por las reglas comunes de los demás trabajos, ya que estos

⁴⁶ Op. cit. págs. 409-412

médicos tienen una actividad que reviste matices muy particulares, en los que coexisten en forma indivisible los aspectos académico y laboral, dado que al mismo tiempo que el residente presta auxilio a la institución de salud, recibe el conocimiento necesario para alcanzar una especialidad, por lo que en función de las cualidades personales del trabajador o de la naturaleza de su actividad, no es posible que queden sujetos a la regulación general. De hecho, la relación se traduce en la doble finalidad de la residencia, ya que junto a la enseñanza se produce una vinculación laboral ordinaria en virtud de la cual el médico debe prestar sus servicios subordinados en la atención de pacientes.

Por otro lado, se considera que los médicos residentes no pueden recibir todas las prestaciones que la Constitución otorga a los trabajadores en general, en razón de la naturaleza peculiar de su actividad docente. El objetivo primordial de la residencia es el adiestramiento en una especialidad y la actividad del médico está sujeta a los planes y programas de estudio de las instituciones educativas, por lo que el residente antes de ser un trabajador, es un educando que requiere realizar prácticas clínicas en una institución de salud.

Sin embargo, se resalta que si bien las residencias ocurren en un proceso indivisible docente-asistencial, esta actividad permite, además de ampliar la cobertura, el otorgamiento de servicios de atención médica con mayor calidad. Las residencias significan un importante beneficio "costo-eficiencia" para el sistema, porque la labor de los residentes es permanente, sin diferenciar tipos de jornadas o días festivos, salvo cortos periodos de descanso. Al respecto, cabe señalar que el número total de plazas que ofreció el Sistema Nacional de Residencias para los años de 1995-1997 fue de 11,579; número aproximado de residentes que contribuyen con el gobierno a proteger la salud de los habitantes del país.

En consecuencia, la legislación laboral reconoce que el vínculo entre el médico residente y la unidad médica respectiva constituye una relación de trabajo, y no obstante las críticas que se hacen a esta regulación, lo cierto es que se cuenta con un marco jurídico que disipa dudas sobre la existencia de una relación de trabajo, aunque tal regulación no es acorde con la naturaleza del servicio que desempeñan, además de que es confusa.

En este régimen, al igual que en la Norma Oficial Mexicana, se reconocen derechos y obligaciones del residente, en este caso denominados especiales, así como causales de rescisión y de terminación de la relación laboral.

Entre los derechos se encuentra el disfrutar de las prestaciones que sean necesarias para el cumplimiento de la residencia, así como ejercer su residencia hasta concluir su especialidad, siempre y cuando cumplan con los requisitos legales. Esta disposición reviste importancia, ya que señala, aunque en forma somera, que al residente deben proporcionarle las facilidades para la conclusión de su formación, entendiéndose que el gobierno, de ser el caso, tiene la obligación de proporcionar al médico residente las facilidades para el desempeño de la residencia. Asimismo, al otorgarle el derecho a ejercer la residencia, esto es, practicar actos propios de la especialidad que está cursando, constituye una excepción a la regla de que para ejercer una especialidad se requiere previamente haber realizado estudios de perfeccionamiento técnico-científico.

En este sentido, el gobierno se encuentra obligado a prever lo necesario para que el residente concluya su capacitación, incluyendo su protección para los casos de incidentes de impericia, en beneficio de su propia formación, de la prestación de

los servicios de salud ante el ejercicio de la profesión que desempeñan y que además deben ejercer con calidad y del cumplimiento del derecho a la protección de la salud que se encuentra obligado a salvaguardar.

Por lo que hace a las obligaciones, son las mismas que se encuentran reproducidas en la Norma Oficial Mexicana antes citada, y en ellas se incluye la doble finalidad de la residencia, ya que junto a la enseñanza se produce una vinculación laboral donde el médico debe prestar sus servicios subordinados en la atención de pacientes. Dentro de estas obligaciones destaca cumplir el adiestramiento conforme al programa docente vigente en la institución de educación superior y acatar las órdenes de las personas que tengan a su cargo impartir el adiestramiento o dirigir el desarrollo del trabajo. El residente tiene la obligación de cumplir la residencia en los términos que le sea brindado el adiestramiento, lo que implica la obligación de ejercer actividades de adiestramiento clínico o quirúrgico, pero siempre bajo supervisión.

Por lo que hace a las causales de rescisión de la relación laboral, además del incumplimiento de su etapa de instrucción y adiestramiento de acuerdo con los programas establecidos, no acatar las órdenes de las personas designadas para impartir el adiestramiento o dirigir el desarrollo del trabajo, no cumplir las disposiciones internas de la unidad médica receptora, no aprobar los exámenes periódicos de evaluación de conocimientos y destrezas adquiridos, conforme a las disposiciones académicas y administrativas de la unidad, violar las normas técnicas y administrativas necesarias para el funcionamiento de la unidad receptora y la comisión de faltas a las normas de conducta propias de la profesión médica, se encuentran las generales establecidas en el artículo 47 de la Ley Federal del Trabajo.

Respecto a las causas de terminación de la relación de trabajo, y para finalizar el estudio de los artículos de la Ley Federal del Trabajo, además de la conclusión del programa de especialización y la supresión académica de estudios en la especialidad que interese al residente, se consideran las genéricas que prevé la propia ley en su artículo 53.

2.4.4 Régimen de servicio público

El análisis de este régimen se realiza en el capítulo siguiente, por lo que en el presente punto sólo se señala que si bien los médicos residentes son trabajadores al servicio de las unidades hospitalarias en las que reciben cursos de especialidad y sus relaciones laborales se rigen por un capítulo especial de la Ley Federal del Trabajo, este régimen es el mismo para las unidades del sector privado y las del sector público, ya que en el artículo primero transitorio del Decreto de reformas de 1977 se dispuso:

De conformidad con lo establecido por el artículo 11 de la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, Reglamentaria del Apartado "B" del artículo 123 Constitucional, las relaciones laborales entre los Médicos Residentes y los titulares de las dependencias a las que se encuentren adscritas las Unidades Médicas Receptoras de Residentes, sujetas al régimen de la citada ley, se regirán en tanto así proceda por lo dispuesto en el Capítulo que se adiciona a la Ley Federal del Trabajo, en los términos de este Decreto.

En tanto que el artículo 11 de la legislación Federal del Trabajo Burocrático establece que: *En lo no previsto por esta ley o disposiciones especiales, se aplicarán*

supletoriamente, y en su orden, la Ley Federal del Trabajo... De esta manera, si la ley burocrática no alude a los médicos residentes, debe aplicarse la Ley Federal del Trabajo en lo conducente.

Por lo anterior, entre la Secretaría de Salud y sus médicos residentes también se reconoce la existencia de una relación laboral, la cual se rige asimismo por el capítulo especial contenido en la Ley Federal del Trabajo, por lo que al reconocerse la calidad de trabajadores a los médicos residentes que laboran en el sector público, de igual forma adquieren la calidad de servidores públicos y por lo mismo, en el ejercicio de su actividad quedan sujetos al régimen que establece la Ley de la materia y que se analiza con profundidad en el siguiente capítulo.

CAPITULO TERCERO

LA FALTA DE PERICIA DEL MEDICO RESIDENTE DE LA SECRETARIA DE SALUD DENTRO DEL REGIMEN DE RESPONSABILIDADES ADMINISTRATIVAS.

3.1 Generalidades.

La salud, desde tiempo atrás ha sido reconocida como uno de los derechos fundamentales del hombre, sin embargo, ha sido en tiempos recientes que el concepto se elevó a una condición de garantía social, por virtud de la cual el gobierno tiene la obligación de salvaguardar el derecho a la protección de la salud y para ello, requiere mejorar cada día la calidad de los servicios de atención mediante la formación de profesionistas especializados que estén acordes con los avances de la medicina.

El progreso científico y tecnológico, ha marcado una clara influencia en la evolución del ejercicio de la profesión médica y por ende, en la formación del médico. Asimismo el sistema donde se debe buscar y aplicar el conocimiento médico es de tal manera dinámico, que las aportaciones e innovaciones determinan un cambio permanente en los conceptos, las tendencias y en la práctica asistencial.

Bajo esta perspectiva, las instituciones de educación superior y de salud, asumen la responsabilidad de formar educandos como parte de las funciones que le son propias, ya que los recursos humanos para la salud son necesarios a la sociedad. Un médico debe siempre mantener el más alto nivel profesional.

Por lo general, las academias no cuentan con establecimientos propios de salud y asistencia médica, por lo que desde siempre han mantenido una relación

estrecha con las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud. De esta manera, el proceso de formación de médicos precisa de una responsabilidad compartida de planes congruentes entre instituciones educativas y de salud, ya que la Universidad no puede estar aislada en sus planteamientos, sino que debe llevar la enseñanza al sitio donde ocurren y se resuelven los problemas de salud, escenario lógico y propicio del adiestramiento profesional.

Así, en la medida en que de manera conjunta las instituciones de salud y educativas logran formar médicos en el más alto nivel, se contribuye a elevar el estado de salud de la población y por ende, se cumple con la obligación de proteger la salud de los habitantes del país.

Como lo hemos precisado, gran número de los médicos que atienden a la población dentro de la Secretaría de Salud son residentes, los cuales son profesionistas que realizan estudios y prácticas de posgrado de medicina en diversas áreas e instalaciones médicas con el propósito de especializarse. La residencia es un período intensivo de estudio y trabajo de los médicos para desarrollar habilidades, destrezas y actitudes que caracterizan a los especialistas y su capacitación ocurre en un proceso indivisible docente-asistencial, por lo que al mismo tiempo que se desempeñan como alumnos de posgrado, también lo hacen como trabajadores, contribuyendo a la prestación de los servicios de salud.

Lo anterior permite además de formar recursos humanos especializados, indispensables para cumplir con la garantía social de protección a la salud, ampliar la cobertura y otorgar servicios de atención médica con mayor calidad; situación que significa un importante beneficio para el sistema ante la necesidad institucional de atender un gran volumen de población demandante de servicios.

En paralelo con el progreso científico, la sociedad se va desarrollando hacia formas más complejas de organización y participación ciudadana. Se vive

en una sociedad cada vez más demandante de calidad y humanismo en la atención de su salud y que por tanto, invoca también cada vez más la responsabilidad jurídica en contra de la incompetencia.

Actualmente existe un gran reclamo social por la actividad médica y por la prestación de los servicios médicos que se ofrecen a la población. Constantemente se sabe a través de los medios de comunicación, de quejas o demandas que se presentan en contra de médicos que están involucrados en actividades de impericia o negligencia en la prestación de un servicio y que se han traducido en un daño. Nunca antes se habían presentado tantos riesgos para un médico al prestar atención para la cual ha recibido una enseñanza, aunque también es evidente que existen abusos de quienes acuden al médico, ya que se ha convertido en práctica cotidiana el ejercicio de acciones legales derivadas de responsabilidad médica.

Dentro de este supuesto se encuentran los médicos residentes, ya que dentro de la actividad de adiestramiento que desarrollan es posible que causen daños a los pacientes que atienden por su falta de habilidad; incidentes que actualmente originan además de una responsabilidad de tipo penal, civil o laboral, una responsabilidad administrativa tratándose de médicos residentes del sector público; responsabilidad que afecta gravemente tanto su formación profesional como la prestación de los servicios de salud, cuya protección el gobierno se encuentra obligado a salvaguardar, sin que en la especie hayan cometido una falta administrativa o violado los cánones de su práctica médica, si se considera que la adquisición de la habilidad y pericia es precisamente el objeto de su adiestramiento.

Es obvio suponer que estos médicos, simplemente como humanos, están expuestos a cometer errores en intervenciones quirúrgicas y la intención de estos profesionistas no es la de crearse problemas, menos aún tratándose de la

preservación de la salud y porque se encuentran en un período de adiestramiento en donde su único deseo es cumplir su etapa de instrucción académica satisfactoriamente, aprobando los exámenes de conocimientos y destrezas requeridos.

Sin embargo, mediante la vía que se comenta se pretende proteger al enfermo de supuestas faltas administrativas de estos médicos, sancionando el incumplimiento de sus obligaciones de desempeñar su empleo, cargo o comisión salvaguardando la legalidad, honradez, lealtad, economía y eficacia, sin que en nuestra opinión el error por su falta de pericia se encuentre en alguno de estos supuestos.

A continuación se estudia la legislación que establece las obligaciones de los servidores públicos como tales, a fin de determinar cuándo y en qué forma incurren en responsabilidad administrativa con motivo del desempeño de su oficio, cargo o comisión.

3.2 Régimen de responsabilidades administrativas

3.2.1 Fundamento.

El régimen de responsabilidades para funcionarios y empleados públicos, tiene su origen en el Título Cuarto de la Constitución Política. En este capítulo se distinguen diversos tipos de responsabilidad y sus respectivos procedimientos y sanciones, para lo cual se cita la clasificación que presenta el profesor Andrés Serra Rojas ⁴⁷

- Responsabilidades que origina el juicio político.- Artículo 109 fracción I.

⁴⁷ Derecho Administrativo. Tomo I. 13 ed. México, Ed. Porrúa, 1985. pág. 460

- *Comisión de delitos de los altos funcionarios, durante el tiempo de su encargo.- Artículo 111.*
- *Por enriquecimiento ilícito.- Artículo 109 fracción III, párrafo tercero.*
- *Comisión de delitos por parte de cualquier servidor público.- Artículo 109 fracción II.*
- *Sanciones administrativas a los servidores públicos. Artículo 109 fracción III, párrafos primero y segundo.*

Partiendo del supuesto de que la materia de este estudio es la responsabilidad administrativa en que incurre el médico residente cuando durante su adiestramiento ocurre un incidente de impericia, el análisis se circunscribe a la responsabilidad administrativa que se desprende del artículo 109 fracción III, párrafos primero y segundo, 113 de la Constitución Política y Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos, como reglamentaria de este precepto Constitucional; artículos que en su parte conducente establecen:

Artículo 109. El Congreso de la Unión y las Legislaturas de los Estados, dentro de los ámbitos de sus respectivas competencias, expedirán las leyes de responsabilidades de los servidores públicos y las demás normas conducentes a sancionar a quienes, teniendo este carácter, incurran en responsabilidad, de conformidad con las siguientes prevenciones:

III. Se aplicarán sanciones administrativas a los servidores públicos por los actos u omisiones que afecten la legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia que deban observar en el desempeño de sus empleos, cargos o comisiones.

Los procedimientos para la aplicación de las sanciones mencionadas se desarrollarán autónomamente. No podrán imponerse dos veces por una sola conducta sanciones de la misma naturaleza...

Artículo 113. Las Leyes sobre responsabilidades administrativas de los servidores públicos, determinarán sus obligaciones a fin de salvaguardar la legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia en el desempeño de sus funciones, empleos, cargos y comisiones; las sanciones aplicables por los actos u omisiones en que incurran, así como los procedimientos y las autoridades para aplicarlas. dichas sanciones, además de las que señalen las leyes, consistirán en suspensión, destitución e inhabilitación, así como en sanciones económicas, y deberán establecerse de acuerdo con los beneficios económicos obtenidos por el responsable y con los daños y perjuicios patrimoniales causados por sus actos u omisiones a que se refiere la fracción III del artículo 109, pero que no podrán exceder de tres tantos de los beneficios obtenidos o de los daños y perjuicios causados.

Por su parte, la Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos fue promulgada inicialmente el 30 de diciembre de 1939, sustituida por la de 27 de diciembre de 1979 y posteriormente por la actual ley publicada en el Diario Oficial de la Federación del 31 de diciembre de 1982.

El doctor Agustín Herrera Pérez⁴⁸ señala que el régimen de responsabilidades administrativas se encuentra constituido además de esta ley, por la Ley Sobre el Servicio de Vigilancia de Fondos y Valores y su reglamento, Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público Federal y su reglamento y Ley Orgánica de la Contaduría Mayor de Hacienda, que establecen procedimientos que tienen como finalidad resarcir los daños o perjuicios causados al erario federal por el servidor público que incurre en responsabilidad.

La causal de responsabilidad objeto de este estudio se encuentra prevista en la Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos, por lo que el análisis se circunscribe a lo dispuesto en esta ley, donde además del resarcimiento de daños económicos, contempla una diversidad de sanciones administrativas que tienden a reprimir al servidor público por la falta administrativa cometida.

⁴⁸ Las Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos. 2 ed. México, Ed. Carsa, 1992. pág. 16

3.2.2 Objeto.

Conforme a lo dispuesto por los artículos 109 fracción III, 113 Constitucionales y 47 de la Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos, el objeto de este régimen es salvaguardar la legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia en el desempeño de las funciones, empleos, cargos y comisiones públicos.

El profesor Andrés Serra Rojas⁴⁹ señala que el funcionario y empleado público están subordinados a la ley y a su debido cumplimiento, por lo que están obligados a responder de sus actos públicos. Que la responsabilidad en la función pública es la obligación en que se encuentra el servidor del Estado que ha infringido la ley, por haber cometido un delito, una falta o ha causado una pérdida o un daño.

Conforme a su exposición de motivos, la creación de esta ley obedeció a la falta de un sistema que regulara la responsabilidad administrativa sin perjuicio de las de naturaleza penal, política, civil y laboral y su objeto fue establecer una vía más expedita para prevenir y sancionar las faltas administrativas.

A continuación se transcribe parte de la exposición de motivos de la ley en estudio, a fin de tener una visión general de la naturaleza de la responsabilidad en la función pública:

El ciudadano que se ha escogido para desempeñar una función pública debe comprobar, por medio de su comportamiento, que posee aquellas cualidades que en él fueron supuestas para hacerlo merecedor de tal investidura, constituyéndose en un ejemplo constante de virtudes cívicas, como medio, el más propicio, para fincar un sólido concepto de responsabilidad y de adhesión por parte del pueblo.

El Estado por su parte, debe proveer las medidas eficaces para perseguir a los malos funcionarios que, violando la confianza que en ellos se deposita, hacen de la función pública un medio para satisfacer bajos apetitos, y aún cuando el pueblo con su claro sentido de observación, señale y sancione con su desprecio a los funcionarios

⁴⁹ Op. cit. págs. 457-458

prevaricadores y desleales que atentan contra la riqueza pública o contra la vida o la libertad, o la riqueza de las personas, etc., esa sanción popular, por más enérgica que en sí misma sea, no puede considerarse lo bastante para dar satisfacción al imperioso reclamo de la justicia.

El funcionario empleado público es responsable del incumplimiento de los deberes que le impone la función que desempeña. La responsabilidad puede ser de índole administrativa, civil o personal. La responsabilidad administrativa se origina por la comisión de faltas disciplinarias y da lugar a la imposición de correcciones de carácter también disciplinario...

Así, se advierte que la creación de la citada ley, obedeció principalmente a la voluntad política de acabar con la corrupción, frenar y detener el impulso de quienes sin otorgar respeto ni importancia a su función, llevan a cabo conductas dañosas para los gobernados.

Esta ley señala las obligaciones de todo servidor público en cuanto a la legalidad de sus actos, la honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia que debe observar todos los días en el desempeño de su trabajo. Precisa qué actos u omisiones son causa de esa responsabilidad y establece quiénes pueden incurrir en ella, qué sanciones son aplicables, cuál es el procedimiento para imponerlas y qué autoridades sustanciarán esos procedimientos.

Por lo tanto, si se atiende a que la creación de la Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos, obedeció a la necesidad de prevenir y sancionar la inmoralidad social, la corrupción pública que afecta los derechos de la sociedad y los intereses nacionales, estableciendo las bases para que la arbitrariedad, incongruencia, confusión, inmunidad, iniquidad e ineficacia no prevalezcan, no corrompan los valores superiores que debe tutelar el servicio público, así como los principios de legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad, economía y eficacia en el servicio público, se advierte que el daño que puede causar un médico residente por su falta de pericia, quien se encuentra en un período de adiestramiento y ejerciendo una actividad para la cual está plenamente autorizado no se coloca en los supuestos de la ley, ya que la

actuación de estos médicos no implica una arbitrariedad, inmoralidad, corrupción, deshonestidad o ineficacia, sino una falta totalmente ajena a su voluntad que no vulnera los principios que tutela el régimen en estudio.

3.2.3 Sujetos.

El artículo 108 Constitucional, establece claramente a quienes se les considera como servidores públicos, y señala a los siguientes:

- *Los representantes de elección popular;*
- *Los miembros de los poderes Judicial Federal y Judicial del Distrito Federal;*
- *Los funcionarios y empleados y, en general a toda persona que desempeñe un empleo, cargo o comisión de cualquier naturaleza en la Administración Pública Federal o en el Distrito Federal.*

Y determina que serán responsables por los actos u omisiones en que incurran en el desempeño de sus respectivas funciones.

En consecuencia, para que una persona tenga el carácter de servidor público se requiere que desempeñe un empleo, cargo o comisión de cualquier naturaleza en la Administración Pública Federal. Tratándose de los médicos residentes de la Secretaría de Salud, si bien en la Ley Federal del Trabajo se reconoce una relación laboral entre estos médicos y las unidades médicas receptoras, no les reconoce la calidad de trabajadores, sino de "becarios" y por lo tanto, quedan excluidos de derechos y obligaciones contractuales. Sin embargo, cuando incurren en una falta de pericia dentro de su adiestramiento les atribuye la calidad de servidores públicos y les aplica la ley de la materia.

Si bien dentro de su adiestramiento los residentes realizan actividades asistenciales y en contraprestación reciben una beca, no hay claridad en las

normas que regulan la prestación de sus servicios, por lo que se requiere mayor precisión en su regulación.

3.3 La impericia de los médicos residentes como causa de responsabilidad administrativa.

Como así se precisó, por responsabilidad médica se entiende la obligación que tienen los médicos de compensar, reparar o satisfacer, por consecuencia de sus actos y dentro del ejercicio de su profesión las omisiones, acciones y errores, ya sean voluntarios o involuntarios.

Por lo que hace a la responsabilidad administrativa, se define como *aquella a que están sujetos los funcionarios o empleados públicos por la infracción de las disposiciones administrativas referentes al ejercicio de su actividad, en relación con el servicio que les está encomendado, siempre que los actos realizados no revistan carácter delictivo.*⁵⁰

3.3.1 Causas de responsabilidad administrativa.

Las causas por las cuales se puede exigir responsabilidad administrativa a un servidor público por actos u omisiones que atenten contra la legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia en su cargo, están señaladas en el artículo 47 de la Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos, que precisa:

Artículo 47. Todo servidor público tendrá las siguientes obligaciones, para salvaguardar la legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia que deben ser observadas en el desempeño de su empleo, cargo o comisión y cuyo incumplimiento dará lugar al procedimiento y a las sanciones que correspondan, sin perjuicio de sus derechos

⁵⁰ Rafael de Pina. Op. cit. pág. 432

laborales, así como de las normas específicas que al respecto rijan en el servicio de las fuerzas armadas:

En su fracción primera textualmente establece:

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

Como se aprecia en una cuidadosa lectura, esta disposición se encuentra redactada en forma vaga y genérica, ya que no se desprende qué debe entenderse por máxima diligencia, por lo que las autoridades encargadas de aplicarla se ven dotadas de amplísimas facultades discrecionales, que les permiten sancionar a cualquier servidor público sin una razón de peso, por lo que se estima debe reformarse esta fracción para que se precise su contenido.

Al señalarse que la responsabilidad se da cuando no se cumpla con la legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia que deben ser observadas en el desempeño del empleo, cargo o comisión, quedarían incluidos entonces los aspectos que puedan encuadrarse en las siguientes hipótesis:

- *La obligación de todo servidor público de cumplir con la máxima diligencia el servicio que tenga encomendado.*
- *Abstenerse de realizar cualquier acto u omisión que cause la suspensión del servicio o la deficiencia de éste.*
- *Abstenerse de cualquier acto u omisión que implique abuso o ejercicio indebido de un empleo, cargo o comisión.*

A efecto de ubicar la conducta imperita que caracteriza a los médicos residentes dentro de estas hipótesis, a continuación se establece lo que se entiende por impericia.

3.3.1.1 Concepto de impericia.

En el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, se define como la falta de pericia, y este último término es conceptualizado como *sabiduría, práctica, experiencia y habilidad en una ciencia o arte*⁵¹.

Es la falta de conocimientos, práctica, experiencia y habilidad en el ejercicio de una profesión. Es la falta de conocimientos o de la práctica que cabe exigir a uno de su profesión, arte u oficio. Es la torpeza, la inexperiencia, la ineptitud.

A diferencia de la impericia, en términos del derecho civil la negligencia se interpreta como falta de diligencia o cuidado indispensable en la ejecución de un acto determinado.

La negligencia se define como la omisión del cuidado que debe ponerse en los negocios, en las relaciones con las personas y en el manejo o custodia de las cosas. Se define también como la dejadez, el abandono, la desidia, la falta de aplicación, la falta de atención o el olvido de las órdenes o precauciones.

3.3.1.2 Diversas consideraciones.

La negligencia médica o impericia que ocasiona daños al paciente, están tipificadas como actos de carácter penal, y si muere el paciente, puede dar lugar a una acusación por homicidio imprudencial. El médico está expuesto a ser

⁵¹ Op. cit. pág. 1140.

declarado culpable si se prueba que mostró negligencia, ignorancia o impericia en el desempeño de su actividad.

En el campo administrativo, cuando un médico residente causa un daño a un paciente durante el ejercicio de las actividades clínico-quirúrgicas que realiza durante su adiestramiento (lesión o muerte), la Secretaría de Salud determina la existencia de responsabilidad administrativa con base en el criterio de acción responsable contenido en el encabezado del artículo 47, así como en el criterio de eficiencia establecido en la fracción I de este precepto legal. Esta consideración es improcedente en razón de lo siguiente:

Como así se precisó, el sistema de responsabilidades administrativas se estableció con el objeto principal de acabar con la corrupción, de prevenir y sancionar la inmoralidad social, la arbitrariedad y mantener los principios de legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad, economía y eficiencia en el servicio público, entendiéndose por esta última *la virtud y facultad para lograr un efecto determinado. Acción con que se logra ese efecto.*⁵²

En el caso presente, el médico residente por su propia naturaleza de educando, no tiene la pericia y habilidad que tiene un médico especialista, por lo que al ejercer su actividad inevitablemente se expone a la comisión de errores. En este sentido, al dañar a un paciente ante un incidente por impericia, de ninguna manera actúa con arbitrariedad, deshonestidad o ineficacia, sino que actúa con la máxima diligencia que le permiten los conocimientos adquiridos hasta ese momento.

La práctica de la medicina de un residente no es sólo un servicio, sino un estudio académico. La duración de una carrera profesional es demasiado breve para lograr la capacitación cabal en cualquiera de las ramas del saber médico,

⁵² Diccionario Enciclopédico Ilustrado. Tomo II. 3 ed. Ed. Cultural de Ediciones. Madrid, 1991. pág. 622

por lo que se hace necesaria la especialización en la que la profundidad sustituye a la extensión. En este sentido, el médico residente si bien es un profesional de la salud que cuenta con un título profesional que lo acredita como médico general, carece de la pericia necesaria para ejercer como especialista; adquisición de pericia, conocimiento y habilidades que son precisamente el objeto de su residencia, por lo que antes de ofrecer al público sus servicios de especialista, se somete a un período de entrenamiento que el propio gobierno autoriza ante la obligación que tiene de formar recursos humanos para elevar la calidad de los servicios de salud.

Además, del precepto mencionado no se desprende qué debe entenderse por cumplir con la máxima diligencia el servicio que se tenga encomendado. El Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española define el término diligencia como: *(Del lat. diligencia). 1. Cuidado y actividad en ejecutar una cosa.// 2. Prontitud, agilidad, prisa...*⁵³

En consecuencia, por diligencia se debe entender el cuidado y actividad en ejecutar una cosa, por lo que todo servidor público está obligado a actuar de manera cuidadosa y activa al cumplir con el servicio que tenga encomendado, haciéndolo de manera pronta, ágil y con prisa.

De esta manera, si bien un profesional tiene la obligación de actuar con la máxima diligencia, cuidado, prudencia, tratándose de los médicos residentes en su adiestramiento cumplen con estos principios, actuando con el mayor cuidado posible, y por lo que hace a la pericia, su adquisición es precisamente el objeto de su entrenamiento.

Se sabe es que toda persona que ejerce una profesión, se compromete a ejercitarla con un grado razonable de cuidado y habilidad, y el médico residente al

⁵³ Op. cit. pág. 478

ejercer su actividad de adiestramiento actúa honestamente, no hay voluntad de dañar o destruir la vida. Su actuación imperita no es cometida con intención sino ocurre como accidente. El médico residente actúa con la debida diligencia, y en su caso, los errores que comete pueden ser inevitables, por lo que la fracción I del artículo 47 de la Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos resulta inaplicable, máxime si se toma en cuenta que su conducta no implica un abuso o ejercicio indebido del cargo.

Por otra parte, la Ley de Profesiones obliga al profesionista a poner todos sus conocimientos científicos y recursos técnicos al servicio de su cliente, así como al desempeño del trabajo convenido, y en el caso de los médicos residentes que realizan sus actividades asistenciales, cuando ocurren incidentes de impericia están cumpliendo con estos supuestos, ya que éste procede de buena fe y dentro de los máximos de capacidad de preparación profesional, por lo que es muy difícil, en rigurosa justicia, exigirle responsabilidad por perjuicios causados al enfermo, derivados de la insuficiencia real de su actuación.

Tampoco en el supuesto se da una conducta negligente del médico residente, ya que como se señaló, por negligencia se entiende la dejadez, el abandono, la desidia, la falta de diligencia o cuidado indispensable en la ejecución de un acto, y en el caso, el residente actúa dentro de los máximos de capacidad de su preparación profesional.

Finalmente, si se considerara que la conducta imperita del residente fuera causa de la prestación de un servicio deficiente, este médico no está obligado a tener pericia, por lo que la deficiencia en el servicio no le puede ser imputable. Si bien estos médicos tienen en sus manos la salud y la vida de los pacientes y su labor debe ser de excelencia, ello sólo se logra mediante el estudio continuo y la capacitación, y si dentro del ejercicio de ésta se causan daños que originan un servicio deficiente, tal evento debe estar previsto por el gobierno desde el

momento que les autoriza ejercer la residencia donde el médico se encuentra obligado a realizar actividades de adiestramiento clínico-quirúrgico mediante una técnica de participación activa, de tal suerte que la capacitación de los médicos implica una responsabilidad para las instituciones de salud, quienes a cambio obtienen el otorgamiento de servicios de atención médica con mayor calidad, en forma permanente por las condiciones en que prestan sus servicios y a un bajo costo por las becas que les otorga

En todo caso, más que una falta administrativa, de causarse un daño en el ejercicio de la medicina se estaría hablando de una responsabilidad legal médica prevista en el Código Penal como delito; amen de que existe la legislación civil, que prevé en favor de los afectados el pago de daños y perjuicios, por lo que en su caso, existen vías para reprimir a estos prestadores de servicios médicos y para resarcir los daños que ocasionen.

Como quedó expuesto (Vid. supra p. 70), la Ley de Profesiones señala que los delitos que cometan los profesionistas en el ejercicio de su profesión, serán castigados por las autoridades competentes con arreglo en el Código Penal.

Por su parte, el Código Civil, en el artículo 2615, al responsabilizar a los que prestan servicios profesionales por su impericia, negligencia o dolo, lo hace sin perjuicio de las penas que merezcan en caso de delito.

Al decir de los artículos 7,8 y 9 del citado Código Penal, los delitos son los actos u omisiones que sancionan las leyes penales; pueden ser intencionales o imprudenciales y obra imprudencialmente el que realiza el hecho típico incumpliendo un deber de cuidado que las circunstancias y condiciones personales le imponen.

Se debe considerar además, que la medicina es una ciencia que se encuentra en constante evolución, que en un momento dado contrasta con los conocimientos del propio médico, aún del especialista, y por otro lado, aún cuando se conozcan las causas de las enfermedades, existe siempre el factor de reacción individual de cada paciente, infinitamente variable e imposible de ejecutar a normas homogéneas de atención.

Es precisamente esta característica, la que convierte ahora y siempre a todo tratamiento, aún el más rigurosamente exacto en un azar, aunque desde luego, la permanente actualización del médico, la práctica y la habilidad pueden disminuir las posibilidades de error, pero no desaparecen por completo. El error en medicina ha sido cometido universalmente a través de la historia y muchas de las veces suele ser inevitable, por lo que si un médico especialista en el ejercicio de su profesión se enfrenta a esta circunstancia de incertidumbre, con mayor razón lo está un médico residente que está en proceso de formación.

El médico tiene la obligación de aportar todos sus conocimientos técnicos y científicos, verificando que su aplicación sea siempre en beneficio de la salud del paciente, sin embargo, en muchas ocasiones existen variables difíciles de controlar y mediante las cuales se cometen errores médicos. Además, existen problemas originados por factores humanos, que independientemente de cualquier organización se encontrarán siempre debido a la misma naturaleza humana.

En consecuencia, si bien el médico residente por inexperto, puede cometer faltas que pueden causar un daño (lesiones o muerte), su responsabilidad no se ubica en el ramo administrativo, donde el supuesto de impericia no está previsto, sino en el campo penal o civil, y por ende, con esta conducta no se infringe la Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos, si se considera

además que la finalidad fundamental que persigue esta ley es evitar la corrupción, de tal manera que exige que los servidores públicos se comporten con honradez, lealtad, imparcialidad, economía y eficiencia; circunstancia completamente ajena al error que puede cometer un médico residente durante el adiestramiento que realiza para adquirir conocimientos, habilidades y destrezas.

El daño ha sido un acompañante de la medicina en el transcurso de la historia, y forma parte íntima e insoslayable de la semblanza del error, y en este tiempo, a pesar de los progresos que se están viviendo, el daño no constituye una excepción. Si no existe capacitación para los médicos, los fallos por impericia podrían ser cada vez mayores.

Cabe mencionar en este punto las palabras del Dr. Ruy Pérez Tamayo en sus notas sobre la ignorancia médica y otros ensayos, en el sentido de que ... *la medicina realmente no se aprende en la facultad ni en los primeros cuatro años de la carrera, sino en los hospitales y a partir del internado, y cuando uno se hace verdaderamente médico es en la residencia y en la especialidad...*⁵⁴

⁵⁴ Notas sobre la ignorancia médica y otros ensayos. México. Ed. Colegio Nacional. 1991. pág. 200.

3.4 Condiciones en que el Médico Residente realiza su adiestramiento.

Como es responsabilidad del gobierno formar recursos humanos de alta calidad, es importante reflexionar sobre las condiciones en que los médicos residentes llevan a cabo su adiestramiento dentro de la Secretaría de Salud, circunstancia que permitirá tener una visión sobre los aspectos que inciden en su formación profesional y que contribuyen a una mala práctica médica.

Considerada la práctica de la medicina como una profesión donde está en juego el bien máspreciado del hombre que es la vida, la actividad del médico residente, quien necesariamente debe capacitarse en beneficio de la sociedad a la que sirve, a fin de proteger su salud y su vida, adquiere un carácter principal y de un gran riesgo, toda vez que para adquirir su formación profesional necesita ejecutar actividades de adiestramiento médico-quirúrgicas en los pacientes, con el peligro inminente de afectarlos en su salud ante su falta de pericia por su condición de aprendiz.

Como ya se dijo, el médico residente se encuentra en una disyuntiva: por un lado necesariamente tiene que capacitarse para que el gobierno pueda garantizar el derecho a la salud que tienen todos sus gobernados y por el otro, es indispensable que esta capacitación la adquiera a través del ejercicio de actividades asistenciales, con los riesgos que su falta de conocimientos conllevan, y no obstante este riesgo, se advierte que en el ejercicio de sus actividades de capacitación se enfrentan también a una serie de problemas que obstaculizan su adiestramiento y que pueden incidir en una mala práctica médica.

a). Como estudiante, se encuentra obligado a cumplir su residencia de conformidad con un programa académico, acorde con la especialidad que cursa, y

de conformidad además con un programa operativo, acorde con la unidad médica receptora.

En la realidad sucede que estos programas educacionales no se cumplen, no son de buena calidad, son anticuados o no responden a las deficiencias demostradas en la práctica profesional.

Los profesionales se encuentran en un medio donde los contenidos, habilidades y técnicas se transforman día a día, habiendo un desarrollo de nuevas y sofisticadas tecnologías de diagnóstico y tratamiento, así como eficaces elementos de curación de las enfermedades, que exigen que el país ponga especial atención para llevar al alcance de los ciudadanos estos progresos. De ahí que se haga imperioso adecuar la formación profesional para que pueda alcanzar un perfeccionamiento tal que le permita conocer, comprender y aplicar los progresos de la ciencia y la tecnología en beneficio de la población.

El mundo de la medicina cambia rápidamente. A través de la historia se puede observar que la transmisión de los conocimientos médicos ha sido un hecho continuo. El conocimiento médico aplicable aumenta cada vez más, tanto en cantidad como en complejidad, y frente a este constante proceso de renovación, tanto el médico como las autoridades universitarias y de salud, tienen la irrenunciable obligación de conciliar las necesidades de salud y el progreso científico, y deben ofrecer la posibilidad de una educación médica que permita la superación de estos obstáculos.

b). Por otro lado, algunas instituciones asistenciales contemplan la enseñanza sólo con intereses administrativos y asistenciales. Se coordinan poco con las instituciones educativas y se deterioran los niveles académicos. El residente, como empleado queda sujeto a las disposiciones, normas y necesidades que cada institución establece, de tal suerte que en ocasiones el médico no puede

cumplir con la instrucción académica que se señala como parte de sus estudios de especialización, en razón de que tiene la responsabilidad de permanecer en su servicio y cumplir con actividades asistenciales. Dedicar más tiempo a un horario de trabajo que al desempeño de funciones académicas.

Este fenómeno ocurre, porque las instituciones de salud necesitan de los médicos residentes para cubrir los servicios asistenciales, sin embargo, llega el momento en que se deja de considerar su trabajo como parte de su adiestramiento y formación, y su servicio se utiliza como mano de obra barata para llevar a cabo labores asistenciales.

c). Otro factor está en relación con los médicos de base que se ocupan de la enseñanza, con la actualización de sus conocimientos, su interés por la actividad académica y el tiempo que dedican a la docencia.

El adiestramiento clínico se efectúa mediante la enseñanza tutelar que imparten los jefes de departamento clínico y médicos de base. La participación de los residentes es activa y tendiente a actualizar y perfeccionar los conocimientos y habilidades del mismo y queda regulada por las normas particulares de cada servicio de las distintas unidades médicas receptoras.

En la realidad sucede que existe escasez de personal académico idóneo e improvisación de este personal docente. El profesorado no está capacitado para la enseñanza y muchas veces carece de la preparación suficiente en la disciplina que imparte. Otras veces el médico de base o adscrito no enseña, sino que delega funciones en personal subalterno mal adiestrado y poco interesado. Se da también el caso de que el horario reducido por el que son contratados, no favorece su interés de desarrollo del proceso de enseñanza-aprendizaje en el que los médicos residentes deben estar inmersos para adquirir una adecuada preparación y en otras ocasiones, se busca más el satisfacer personal que la

transmisión de conocimientos. Hay remuneración deficiente y por tanto la preparación no es la adecuada ni en el orden técnico ni en el didáctico. Algunos de ellos tienen trabajos simultáneos y otra gran parte brinda poco interés a los alumnos, lo que origina un inadecuado entrenamiento médico, una insuficiente preparación técnica de los estudiantes, un bajo nivel académico.

d). Asimismo, la disponibilidad de recursos materiales y tecnológicos repercuten en la enseñanza del estudiante, y su falta puede dar origen a una indebida preparación. Además, esta falta de recursos puede incidir también en una inadecuada atención médica, implicando en su caso una responsabilidad institucional.

e). Se advierte además que las condiciones de trabajo de los médicos residentes son sumamente desfavorables, ya que en la Secretaría de Salud no se encuentra bien definido su status jurídico.

Como se asentó, los residentes tienen como objetivo primordial su formación profesional y como un medio para obtenerla, ejecutan al mismo tiempo actividades laborales, las cuales se encuentran reguladas en la Ley Federal del Trabajo como un trabajo especial. Sin embargo, no obstante que en la citada ley se reconoce la calidad de trabajadores a estos médicos, en la Secretaría de Salud los residentes no se consideran como sujetos de derecho del trabajo, ya que esta Dependencia tiende al criterio de firmar un contrato de prestación de servicios (que el residente no recibe) con la modalidad de beca, por lo que simplemente se les otorga la calidad de becarios.

En este sentido, si bien los residentes realizan labores específicas en la atención de los enfermos, de tal manera que en la actualidad se han convertido en sobresalientes auxiliares para el eficaz funcionamiento de las instituciones médicas de nuestro país, no reciben todas las garantías para que desempeñen

satisfactoriamente su trabajo, ya que existen diferencias en obligaciones, horarios, derechos y beneficios con los demás prestadores de servicios de salud.

La labor de los residentes es permanente, por lo que puede ser requerido a cualquier hora del día para la atención de pacientes, ya que se les exigen largas jornadas de trabajo. Durante la residencia tienen la mayor carga de trabajo y por ende, mayor responsabilidad. No puede existir una explotación de manera irresponsable en la que se obligue a atender un número excesivo de enfermos, ya que ello puede ser lesivo para los derechos de los pacientes; la atención médica puede ser incorrecta y adolecer de falta de calidad profesional.

A estos médicos se les emplea esencialmente como trabajadores, y cuando se les deben respetar sus derechos se les cataloga como estudiantes, lo que ha sido motivo de múltiples conflictos desde el movimiento médico de 1965 a la fecha, desde que, entre otras cosas, se les somete a excesivas jornadas de trabajo y no se les paga un sueldo sino una beca.

Los residentes son la fuerza fundamental en los hospitales de especialidades en las grandes ciudades del país y en esta medida, a las instituciones aplicativas les conviene el crecimiento del número de residentes. Como fuerza de trabajo eventual son una solución muy cómoda y barata para las instituciones y como médicos en formación su enseñanza es insuficiente. Mientras no se de solución a esta problemática, la calidad de la enseñanza irá bajando lamentablemente.

La configuración laboral de este tipo de trabajadores es sumamente delicada, dada la estrecha relación que guardan los aspectos de carácter docente, que por un lado se encuentran en constante coordinación y vigilancia sobre el desarrollo académico que observe el médico residente, significando para éste una presión sumamente desgastante, y por otro lado, el compromiso de carácter laboral

existente con la institución médica, generando en consecuencia un sentimiento de incertidumbre en este tipo de trabajadores.

Es claro que el residente no puede participar de los demás derechos de los trabajadores en general, dada la naturaleza peculiar de su actividad docente, sin embargo, existe una reglamentación laboral imprecisa y confusa que además no se ajusta a su realidad, ya que no regula en forma específica los derechos que los médicos residentes requieren, esto es, no está en concordancia con sus necesidades y problemas reales, lo que origina que las relaciones de trabajo entre los residentes y la Secretaría de Salud no se encuentren equilibradas y que se produzcan movimientos importantes de protesta de estos médicos, donde el elemento fundamental de sus peticiones ha sido el deseo expreso de una mejor oportunidad de aprendizaje y en las condiciones adecuadas.

En este sentido, se tiene que perfeccionar el marco legal vigente donde se garanticen los derechos de estos médicos, a fin de que realicen satisfactoriamente sus actividades.

f). Otro problema contemporáneo y que se estima fundamental en este trabajo, es la falta de supervisión de los residentes cuando realizan sus actividades de adiestramiento clínico-quirúrgicas, por parte del personal de mayor jerarquía; omisión que incuestionablemente origina graves consecuencias.

Como así se ha establecido, el médico residente ante su condición de estudiante por naturaleza es imperito y por ende, puede incurrir en una mala práctica profesional y causar daños en la salud de los pacientes y el error en que incurre puede generar la existencia de responsabilidades.

De acuerdo a la normatividad vigente, los médicos residentes al realizar sus prácticas de campo y prestar sus servicios, deben estar asistidos y recibir

instrucciones de un médico adscrito, de base o especialista, sin embargo en muchas ocasiones las instituciones de salud no cumplen con este importante requisito, causando graves consecuencias que afectan tanto a los residentes como a los pacientes que atienden, lo que implica una indebida actuación de los funcionarios administrativos encargados de la organización y manejo de los servicios médicos. Los residentes están para recibir enseñanza y es obligación de todos proporcionársela, ya que son alumnos que no están para suplir médicos tratantes.

En este sentido, se requiere de una capacitación y supervisión permanente, clara y abierta dentro de los centros hospitalarios, para mejorar los servicios y minimizar los errores

De todo lo expuesto, destaca que en la organización de los servicios médicos existen errores y fallas, y que en la posible responsabilidad médica de los residentes intervienen factores de diversa índole que influyen de manera importante en la eficaz actuación de estos estudiantes, quienes no tienen en sus manos la solución a estos problemas que enfrentan durante su adiestramiento.

En el aspecto académico, es responsabilidad de las instituciones de salud y educativas avocarse a la solución de sus problemas, ya que el elemento académico es un factor fundamental para elevar la calidad de la atención por parte de los médicos adscritos a las unidades de atención. Se requieren establecer mecanismos para lograr un adiestramiento adecuado de los médicos residentes y mantenerlos en el correcto ejercicio de su profesión. La enseñanza debe responder a las deficiencias demostradas en la práctica profesional, de tal manera que los programas se sustenten en las necesidades expresadas por estos profesionales, ya que su participación activa en la identificación del problema, en su definición y resolución hacen que su educación se vea beneficiada, esto con la finalidad de elevar cada día más el nivel de salud de la población.

El residente requiere adecuarse a las condiciones cambiantes de su ejercicio profesional, por lo que los programas se deben sustentar en las necesidades expresadas por ellos mismos, de tal manera que si es necesario, los programas académicos y operativos deben ser avalados por los residentes. Si se requiere prestar servicios de atención médica de calidad, deben establecerse programas adecuados de enseñanza.

Asimismo, se requiere la máxima coordinación entre las instituciones educativas y de salud, para que entre ambas realicen la planificación y la formación de los recursos humanos y definan el grado de responsabilidad conjunta de cada tarea, facilitando el ejercicio de las actividades académicas que deben ser obligatorias para los médicos residentes.

Es indispensable contar además con profesores aptos, bien preparados, actualizados en sus conocimientos y contar con jefes de enseñanza o médicos de base de tiempo completo o que estén disponibles en todo momento para consultas, ya que una buena enseñanza reclama antes que nada personal docente idóneo, y es responsabilidad de las instituciones educativas y de salud seleccionar a los profesores que impartirán el adiestramiento, por lo que se estima conveniente revisar y evaluar continuamente el alto nivel académico con que deben impartirse los programas educativos, evaluándose los planes y programas de estudio, así como el desempeño de los alumnos, al igual que el de los profesores de una manera permanente, a fin de elevar la calidad en la enseñanza médica.

Por otro lado, es fundamental que la unidad médica receptora cuente con la infraestructura, equipo, material e insumos necesarios, suficientes y en forma oportuna, que garanticen el desarrollo adecuado de los programas, para que el residente pueda cumplir con sus funciones académicas y asistenciales, ya que en

muchas ocasiones la atención queda supeditada de manera importante a la disponibilidad de recursos.

De igual manera, conforme a la Ley Federal del Trabajo los médicos residentes tienen el derecho a disfrutar de las prestaciones que sean necesarias para el cumplimiento de la residencia, por lo que requieren disfrutar de las remuneraciones y demás prestaciones que coadyuven a su cumplimiento y que sean acordes con la realidad económica del país; disfrutar de mayores periodos de descanso con jornadas de trabajo y guardias de menos horas, así como de salarios justos.

El médico ha estado desprovisto de las protecciones necesarias para brindar un mejor y más seguro trabajo, por lo que se deben hacer efectivos los derechos de que gozan. Se requiere de una relación más respetuosa y madura y no olvidar que si el médico residente es un trabajador especial, debe tener derechos y obligaciones especiales y específicos, y que además de tener derecho a la educación, también tiene derecho a tener un trabajo digno y decoroso. En este sentido, se hace necesaria la determinación de medidas significativas en favor de estos estudiantes, tomando en cuenta las condiciones en que ejercen sus actividades, así como el grado en que favorecen específicamente la salud de los pacientes.

Finalmente, se debe considerar que los errores médicos son un fenómeno frecuente y grave que debe prevenirse, ya que afecta principalmente a los usuarios de los servicios de salud. Si los residentes al realizar sus prácticas de campo obligatorias están en riesgo constante de incurrir en un error por su falta de habilidades y destrezas, y los pacientes en peligro de sufrir algún daño, el profesorado o el personal médico de jerarquía más elevada responsable de los servicios deben reforzar sus actividades de supervisión, teniendo en cuenta además que estos trabajadores tienen el derecho a obtener las mejores

condiciones para la realización de sus actividades, por lo que se deben respetar los derechos que las leyes les otorgan.

De esta manera, para mejorar la calidad de la asistencia médica e impartir atención eficiente, se deben proporcionar a este personal médico todos los incentivos necesarios para el desarrollo de su capacitación, así como corregir las fallas en la organización administrativa de las instituciones y los defectos del personal correspondiente. Si vivimos en un estado de Derecho que se encuentra en desarrollo en forma permanente, se debe crear una reglamentación más justa para este tipo de trabajadores. Se requiere de un marco jurídico y reglamentario claro de sus funciones y actividades, con comprensión de todos sus problemas. Asimismo se debe legislar en beneficio de esta comunidad médica, a fin de que tenga la seguridad de una persecución judicial por verdaderos hechos punibles y no por ignorancia o maldad. Si existen problemas en la educación de estos profesionales que participan en la prestación de los servicios, no son los únicos responsables de la probable atención inadecuada a los pacientes.

Además se debe considerar que la educación de posgrado, está encaminada a formar los cuadros que trabajarán en el segundo y tercer nivel de atención; niveles donde se atienden casos muy complicados, difíciles o raros y donde los médicos aplican las tecnologías más complejas, por lo que se deben contar con médicos bien preparados para resolver la mayoría de los problemas. Si la enseñanza de posgrado es inadecuada, la calidad del producto final será irregular.

3.4.1 Procedimiento administrativo disciplinario.

Cuando un residente lesiona a un paciente durante el ejercicio de sus prácticas clínicas por su falta de pericia, la cual puede ser producto de un inadecuado adiestramiento o falta de supervisión, ajenos totalmente a su voluntad, la Secretaría de Salud ubica esta conducta como causa de responsabilidad administrativa e inicia en su contra el procedimiento administrativo disciplinario previsto en la Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos.

Este procedimiento está determinado en el artículo 64, y es común a la Secretaría de Contraloría y Desarrollo Administrativo y a las Contralorías Internas de cada una de las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Federal, dependientes jerárquica y funcionalmente de la primera citada, para investigar, determinar responsabilidades y sancionar, en su caso, a los servidores públicos que incurran en una causa de responsabilidad administrativa.

La ley señala que en cada entidad o dependencia deberán establecerse unidades específicas, a las que el público tenga fácil acceso, para que cualquier interesado pueda presentar quejas y denuncias por incumplimiento de las obligaciones de los servidores públicos, con las que se iniciará el procedimiento disciplinario correspondiente.

De acuerdo a este procedimiento, una vez que se ha presentado una queja o denuncia en que existan elementos viables para configurar la responsabilidad de los servidores públicos, o de oficio, la autoridad inicia un procedimiento de investigación para verificar lo señalado en la denuncia o aquellas situaciones que puedan resultar como irregularidades administrativas sancionadas por la ley.

Primeramente, mediante citatorio escrito el presunto responsable debe ser llamado a una audiencia. En este documento se le debe hacer saber la responsabilidad administrativa que se le atribuya, el lugar, día y hora en que tendrá verificativo, el derecho que tiene a ofrecer pruebas y alegar en la misma lo que a su derecho convenga y el derecho que tiene a nombrar defensor y asistir con él. A esta diligencia también deberá asistir el representante de la Dependencia a que pertenezca el servidor público presunto responsable que para tal efecto haya sido designado, el que también podrá alegar lo que a su derecho convenga. Esta comparecencia deberá llevarse a cabo entre los 5 y 15 días hábiles, contados a partir de la fecha de la citación.

El día de la celebración se levantará el acta correspondiente, en la que obre la declaración del presunto responsable, y una vez desahogadas las pruebas que hubiere quedará concluida la instrucción. Se pueden señalar nuevas audiencias si la autoridad no cuenta con elementos suficientes para resolver o advierte elementos que impliquen una nueva responsabilidad a cargo del presunto responsable o de nuevas personas.

En este acto se pueden ofrecer toda clase de pruebas, ya que la ley no establece ninguna limitación, aunque por supuesto tienen que tener relación con los hechos que se investiguen y que no vayan en contra de la moral, las buenas costumbres y el derecho. En virtud de que la ley no establece ninguna limitación para el ofrecimiento de pruebas, se pueden ofrecer todas las que las partes consideren necesarias y que a su derecho convengan. De acuerdo a esto, la autoridad administrativa, para obtener mayores elementos de convicción y para que sean tomadas en cuenta al momento de dictar resolución, puede, entre otras, practicar auditorías, solicitar documentos públicos a las autoridades correspondientes, desahogar pruebas testimoniales y en su caso peritajes, etc.

Cabe indicar que en cualquier momento del procedimiento se puede suspender temporalmente al servidor público presunto responsable, así como levantar la suspensión. Esta medida provisional no prejuzga sobre la responsabilidad que se le impute al servidor público, sin embargo, suspende los efectos de su nombramiento y por supuesto la ocupación de su empleo, cargo o comisión. Si finalmente el servidor público no resultare responsable, será restituido en su empleo y cubierto el salario que dejó de percibir.

Desahogadas todas las pruebas, dentro de los 30 días hábiles siguientes la autoridad debe resolver sobre la inexistencia de responsabilidad o imponer al infractor las sanciones administrativas correspondientes. La resolución se debe notificar al interesado dentro de las setenta y dos horas siguientes, así como al jefe inmediato, al representante designado por la dependencia y al superior jerárquico.

De acuerdo al artículo 71 de la ley que nos ocupa, las resoluciones que se dicten, en las que se impongan sanciones administrativas, pueden ser impugnadas ante la propia autoridad mediante recurso de revocación o acudir directamente al Tribunal Fiscal de la Federación. Tratándose de la interposición del recurso, el término para presentarlo es de 15 días, contados a partir del siguiente a la fecha en que surta efectos la notificación de la resolución recurrida y su trámite se encuentra precisado en este mismo artículo que se comenta, como lo son la presentación por escrito, en el que se expresen agravios y se ofrezcan pruebas y al que se acompañarán las copias necesarias. La autoridad acordará la admisión del recurso y pruebas, fijando un término de 5 a 10 días para su desahogo, hecho lo cual, dentro de los 3 días siguientes deberá dictar la resolución que proceda.

Existe una medida cautelar con el fin de suspender la ejecución de la resolución recurrida. Tratándose de sanciones económicas, se garantizará en los términos de cualquier crédito fiscal y en los demás casos, se acordará la medida siempre y cuando se cumplan los requisitos que señala la ley.

La ley preve también la prescripción de la facultad de la autoridad para imponer sanciones administrativas, la cual opera al año si el monto del beneficio obtenido o el daño causado no supera el equivalente a diez veces el salario mínimo mensual vigente en el Distrito Federal y en tres años en los demás casos. Estos plazos comienzan a contar a partir del día siguiente al en que se hubiera incurrido en la responsabilidad, desde el momento en que hubiese cesado si fue de carácter continuo. Al iniciarse el procedimiento previsto por el artículo 64, se interrumpe el término prescriptivo.

Para el caso de que el servidor público haya optado por interponer el recurso de revocación, la propia ley establece que la resolución que se dicte también será impugnable ante el Tribunal Fiscal de la Federación. El término para acudir a este Tribunal es de 45 días hábiles a partir del día siguiente al en que surta efectos la notificación del acto que se va a recurrir.

3.4.2 Actuación de la Secretaría de Salud.

La actividad de los médicos residentes constituye una excepción a la regla general prevista en la Ley Reglamentaria del artículo 5o. Constitucional, que preve que para el desempeño de una o varias especialidades se requiere autorización de la Dirección General de Profesiones, debiendo comprobarse previamente haber obtenido título relativo a una profesión y haber realizado estudios especiales de perfeccionamiento técnico-científico en la ciencia o rama de que se trate, ya que el médico residente sin ser especialista, dado que no

cuenta con los estudios ni la práctica necesaria para tal efecto, al otorgarle el derecho de ejercer la residencia se le autoriza excepcionalmente a ejercer (practicar) actos propios de la especialidad que está estudiando; actos en los que debe estar supervisado por un médico especialista como quedó señalado anteriormente.

Como todo profesional, en el cuidado del paciente el residente es responsable de hacer todos los esfuerzos de que disponga para que el enfermo reciba el mejor cuidado posible y con el mejor nivel en cuanto a habilidad y eficiencia. Sin embargo, si bien tiene presente la importancia de preservar una vida humana y que debe a su paciente completa lealtad y todos los recursos de la ciencia, en su adiestramiento está expuesto a incurrir en errores involuntarios ante su falta de pericia, cuya adquisición, mediante un adiestramiento práctico es precisamente el objeto de su residencia; entrenamiento que está legalmente autorizado para desempeñar.

Recordemos que en ningún caso la vida ni la salud se pueden garantizar, y que la atención médica de tercer nivel, para la cual son preparados los residentes, representa un mayor riesgo en su ejercicio, por lo que el gobierno, además de la obligación que tiene de garantizar el derecho a la protección de la salud, al mismo tiempo debe establecer medidas preventivas y de salvaguarda para que con la participación de este grupo de médicos pueda cumplir con la citada garantía social.

Sin embargo, no obstante que en el ejercicio de su actividad, estos médicos se encuentran en mayor riesgo de incurrir en una mala práctica, cuando les ocurre un incidente de impericia, la Secretaría de Salud les atribuye responsabilidad administrativa y no cuentan con una protección adecuada de parte de las autoridades, siendo que la obligación del gobierno, en cuanto a la salud de la población, implica a su vez un compromiso en la formación de

recursos humanos y hacer frente a los riesgos que conlleva su período de formación. Esta falta de protección se advierte en lo siguiente:

En la mayoría de los casos, la Secretaría de Salud no atiende lo dispuesto por el artículo 51 de la Ley Reglamentaria del artículo 5o. Constitucional, que prevé que los reglamentos de campo de acción de cada profesión, fijarán la manera como los estudiantes deberán hacer sus prácticas profesionales, pero en todo caso, cuando las hagan en servicios para el público o para el Estado, deberán estar asesoradas por un profesionista responsable; derecho que también les otorga la Norma Oficial Mexicana anteriormente citada y que no les es respetado, ya que por lo general, ejercen su actividad de adiestramiento clínico-quirúrgico sin la supervisión de un médico de base o especialista, en su perjuicio.

Una vez que ocurre un incidente de impericia, donde en ocasiones no es supervisado por un médico especialista como es su derecho, la autoridad de salud le atribuye responsabilidad administrativa mediante el procedimiento disciplinario antes descrito, seguido por la Oficialía Mayor, por conducto de la Unidad de Contraloría Interna, de acuerdo a lo dispuesto por el artículo 7o. fracciones XIII y XV del Reglamento Interior de la dependencia, y no obstante las consecuencias que tiene el fincamiento de este tipo de responsabilidad en perjuicio de los residentes, el gobierno no les otorga ninguna protección.

Conforme al artículo 10 fracción XIV del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, corresponde a la Dirección General de Asuntos Jurídicos representar a la Secretaría y a sus servidores públicos, cuando sean parte en juicios, y en todo procedimiento judicial por actos derivados del servicio. Este beneficio no alcanza a los médicos residentes que son sujetos de responsabilidad administrativa, bajo el argumento de que sólo se refiere a procedimientos judiciales.

Por otra parte, la Norma Oficial Mexicana antes comentada, otorga a los residentes diversos derechos, entre los que destaca el recibir de la institución de salud asesoría y defensa jurídica, en casos de demanda de terceros, por acciones relacionadas con el desempeño de la residencia, siempre que no incurran en negligencia o faltas a la ética profesional; no obstante, tratándose del fincamiento de responsabilidad administrativa las autoridades de salud no respetan este derecho.

Al respecto, es absurdo que este derecho se condicione sólo a los casos en que se haya actuado con diligencia y conforme a los principios de la ética médica, ya que para determinar este supuesto, es indispensable que en principio reciba la asesoría y defensa jurídica necesaria, hasta que se resuelva en definitiva la falta por negligencia o por haber actuado en contra de principios éticos, de tal suerte que la asesoría y defensa jurídica en cualquier caso es procedente. De otra manera, se estaría en el supuesto de que si desde un principio el médico residente se presume negligente, no tiene derecho a recibir protección legal, olvidándose que existe el principio de presunción de inocencia, que se basa en la consideración elemental de que toda persona tiene derecho a ser tenida como no culpable en tanto no se le pruebe lo contrario.

Asimismo, no es lo mismo actuar con falta de diligencia que actuar de manera imperita, ya que la primera citada significa negligencia, falta del cuidado indispensable en la ejecución de un acto determinado, y en el caso de la impericia, se entiende como la falta de conocimientos, la torpeza, la inexperiencia, la ineptitud, por lo que la institución de salud tiene la obligación de asesorar y proporcionar defensa jurídica a todos los residentes, partiendo de la idea de que por su propia naturaleza son imperitos.

Además de que no es respetado este derecho en favor de los médicos residentes cuando se les atribuye responsabilidad administrativa, la autoridad que conoce de estos casos de responsabilidad médica, carece de conocimientos médicos básicos, así como de peritos médicos especializados, lo que provoca que la búsqueda de pruebas y su propia intervención como juzgadora en el procedimiento resulte deficiente, ya que en muchas de las veces resuelve sin contar con el auxilio de médicos peritos, en términos de los artículos 143 y 144 del Código Federal de Procedimientos Civiles.

Lo anterior, sin tomar en cuenta que la Ley de Profesiones dispone que cuando hubiere inconformidad por parte del cliente respecto al servicio realizado, el asunto se resolverá mediante juicio de peritos; única prueba idónea que en consecuencia debe rendirse para determinar precisamente la calidad del servicio prestado y entonces, la responsabilidad o irresponsabilidad del prestatario, tal y como así se sostiene en la Jurisprudencia número 133 transcrita anteriormente (Vid. supra págs.73-74).

Cabe comentar que actualmente en materia penal existen dos convenios celebrados entre la Secretaría de Salud con la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal y con la Procuraduría General de la República, con la participación de la Academia Nacional de Medicina, a fin de que en la integración de las averiguaciones previas la Secretaría de Salud auxilie emitiendo una opinión técnica cuando se le solicite en todos los casos relativos a delitos de profesionales o técnicos relacionados con las disciplinas de salud, y ante la severidad de las leyes punitivas, las opiniones calificadas de la citada Secretaría han evitado enormes daños a los profesionales que acusados injustamente, veían peligrar su libertad y su buena reputación.

Esta situación no existe en materia administrativa, a pesar de que se imponen sanciones de suspensión del ejercicio profesional, destitución del cargo,

inhabilitación o se obliga a la reparación del daño inclusive; por lo que atendiendo al alcance de sus resoluciones, tratándose de casos de responsabilidad médica necesariamente debe apoyarse en un dictamen de peritos, por lo que es necesario que la Unidad de Contraloría Interna cuente con peritos médicos especialistas en las distintas ramas de la medicina o contar con la opinión de médicos externos a fin de que resuelva adecuadamente.

Además de lo expuesto, la autoridad administrativa no considera que los residentes actúan de acuerdo a la disposición contenida en la fracción VII del artículo 47 de la Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos, que prevé que todo servidor público tiene la obligación de observar respeto y subordinación legítimas a sus superiores jerárquicos inmediatos o mediatos, cumpliendo las disposiciones que dicten éstos en el ejercicio de sus atribuciones. Asimismo el artículo 353-D, fracción II de la Ley Federal del Trabajo, que establece como obligación especial del médico residente acatar las órdenes de las personas designadas para impartir el adiestramiento o para dirigir el desarrollo del trabajo.

Si es un deber del residente someterse a la dirección de sus jefes, obedecer las órdenes de superiores jerárquicos y cumplir con las obligaciones que le imponga además el reglamento interior de trabajo, no existe responsabilidad de su parte si obligatoriamente tiene que desempeñar actividades de adiestramiento clínico quirúrgicas sin tener la pericia necesaria, y cuya adquisición es precisamente la finalidad de sus estudios de especialización, y menos aún si las ejerce sin supervisión, ya que si hay ignorancia de la técnica médica profesional, es incuestionable que la institución de salud se encuentra obligada a tomar medidas preventivas para enfrentar estos eventos en protección a la población y a los médicos en formación.

Por último, se indica que conforme al artículo 353-C de la Ley Federal del Trabajo, un derecho especial de estos médicos es ejercer la residencia hasta concluir su especialización, siempre que se cumplan las obligaciones académicas, y en el supuesto en estudio no existe incumplimiento a estas obligaciones, por lo que en cumplimiento a este derecho, deberían existir mecanismos para que estos médicos concluyan su adiestramiento, aún cuando ocurran los incidentes de impericia en estudio.

Se debe tener presente que el ejercicio de la medicina está sujeto al riesgo de que quienes la desarrollan pueden incurrir en errores, que en algunos casos producen un daño o afectación en los usuarios de los servicios, y que en beneficio de la sociedad la actividad médica requiere contar con una mayor especialización de quienes la ejercen de acuerdo con el avance de la ciencia y la tecnología, por lo que los procedimientos jurídicos deben ser efectivos, a fin de que los residentes cumplan fielmente con su función profesional y social, superándose continuamente en la calidad de su trabajo.

Se debe entender que estos médicos brindan servicio para aprender, y que al aprender, están en aptitud de brindar un mejor servicio. En este sentido, en el ejercicio de su adiestramiento deben avanzar sin temor en la atención médica que proporcionan a sus pacientes, mediante una regulación jurídica adecuada y justa, lo cual es fundamental para el buen ejercicio de su actividad asistencial.

No se trata de minimizar la responsabilidad profesional médica, sino de la necesidad de crear una reglamentación adecuada y amplia, partiendo de la base de que la residencia es netamente de carácter académica, por lo que, en la medida de lo posible, el médico residente debe ser protegido en la adquisición de conocimientos sólidos y actualizados y las destrezas clínicas necesarias para el buen manejo del enfermo, a fin de que el gobierno pueda efectivamente garantizar el derecho a la protección de la salud.

buen manejo del enfermo, a fin de que el gobierno pueda efectivamente garantizar el derecho a la protección de la salud.

La regulación que existe actualmente se encuentra dispersa en diversos ordenamientos, y además es insuficiente e inadecuada, ya que no se ha considerado debidamente la naturaleza de su actividad y la importancia que tiene el ser protegido en beneficio de la misma sociedad a la que sirve. Se debe ser conciente de la magnitud de su trabajo y de la importancia de su colaboración en el desarrollo nacional.

3.4.3 Consecuencias.

El procedimiento administrativo de responsabilidad concluye con la emisión de una resolución que debe resolver sobre la existencia o no de la responsabilidad que se imputó al médico residente. Para el caso de que se resuelva su responsabilidad, la autoridad puede imponer las sanciones que la misma Ley de la Materia prevé en su artículo 53, cumpliendo con las reglas que en la misma se precisan. Estas sanciones pueden ser:

- I. Apercibimiento privado o público,*
- II. Amonestación privada o pública.*
- III. Suspensión,*
- IV. Destitución del puesto,*
- V. Sanción económica, e*
- VI. Inhabilitación temporal para desempeñar empleos, cargos o comisiones en el servicio público.*

Para los médicos residentes resultan inadecuadas estas sanciones, ya que al suspender o no concluir sus estudios de especialidad, en principio se ven imposibilitados para contribuir con el gobierno en la salvaguarda del derecho a la protección de la salud y además se impide que alcancen el grado de especialidad que se requiere para proporcionar servicios de salud con mayor calidad; amén de

que ante el temor de las medidas represivas, estos médicos abandonan por completo sus estudios académicos.

Es fundamental considerar que tratándose de trabajadores especiales, como servidores públicos deben conservar también su naturaleza especial, por lo que en su caso, en el ámbito administrativo las sanciones aplicables deben ser acordes a su condición de estudiante, es decir, también especiales, sin que afecten su instrucción académica, ya que ello repercute directamente en una atención médica eficaz.

Además de las sanciones administrativas que les pueden ser impuestas en el ejercicio de su adiestramiento, los residentes también enfrentan cotidianamente un riesgo de quebranto patrimonial, ya que de ser el caso, su falta de pericia puede ocasionar daños y perjuicios a los particulares.

La Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos, prevé la responsabilidad patrimonial del Estado, al disponer que cuando se haya determinado la responsabilidad administrativa de un servidor público, y que la falta haya causado daños y perjuicios a particulares, éstos podrán acudir a las dependencias, entidades o a la ahora Secretaría de Contraloría y Desarrollo Administrativo, para que ellas directamente reconozcan la responsabilidad de indemnizar la reparación del daño en cantidad líquida y ordenen el pago que corresponda, sin necesidad de que los particulares acudan a la instancia judicial o cualquiera otra.

No obstante que esta disposición precisa que el Estado tiene la obligación de responder del pago de daños y perjuicios causados por sus servidores públicos, con motivo del ejercicio de sus funciones que les están encomendadas, de acuerdo a los artículos 1927 y 1928 del Código Civil para el Distrito Federal, esta responsabilidad será solidaria tratándose de actos ilícitos dolosos y

subsidiaria en los demás casos, en los que sólo podrá hacerse efectiva en contra del Estado cuando el médico no tenga bienes o los que tenga no sean suficientes para cubrir la responsabilidad exigida.

Así también, la falta de protección al médico residente cuando ocurren incidentes de impericia ha originado la organización de paros, suspendiendo la prestación de los servicios de salud en perjuicio de la población enferma, vulnerándose en consecuencia la garantía de protección a la salud que otorga la Constitución Política a su favor.

Se debe considerar que el trabajo que realizan los médicos residentes durante su adiestramiento para la adquisición de habilidades es lícito, ya que está autorizado por la ley a ejercer dicha función en las condiciones que lo hace, además de que el objetivo de la acción médica es la protección o restablecimiento de la salud de las personas, por lo que la actividad de adiestramiento que realizan es en beneficio de la sociedad, ya que uno de sus objetivos es mejorar la calidad de los servicios de salud, y es precisamente en beneficio de ésta, que la actividad médica requiere contar con una mayor especialización de quienes la ejercen, de acuerdo con el avance de la ciencia y la tecnología.

Si bien es cierto el médico debe aceptar la responsabilidad de llevar a cabo todas las acciones necesarias para devolver la salud al enfermo, por lo que es su obligación estar actualizado y entrenado adecuadamente en los modernos procedimientos y contar con los conocimientos necesarios para obtener este objetivo, precisamente en el ejercicio de la residencia se encuentra en ese proceso de adiestramiento, y dada su condición de educando está en constante riesgo de incurrir en el error; circunstancia que no se puede evitar, ya que ésta es la única forma para que adquiera conocimientos y habilidades indispensables para el ejercicio adecuado de su profesión.

En la actualidad, los errores en la práctica médica son temidos terriblemente por los médicos, quienes llegan a ser víctimas de demandas o denuncias injustas, ya que a menudo se registran demandas por cuestiones ajenas a la negligencia del médico, dándose el caso grave y comprensible de que tomen la decisión de limitar sus prácticas o abandonar ciertas áreas de alto riesgo, ya que muchos tienen miedo de posibles acciones legales, amén del desprestigio que sufren en su calidad moral y profesional; sin embargo, el abandono de las tareas hospitalarias compromete la salud y vida de los enfermos.

En algunos países, el excesivo abuso de acciones jurídicas en contra de los médicos han llevado a lo que se llama una medicina defensiva, en la que los médicos no toman decisiones terapéuticas en función de lo que es mejor para el paciente, sino en aquello que representa la mayor protección para el profesional ante un proceso legal. El médico se ampara en previsión de cualquier eventualidad exigiendo un mayor número de estudios con la finalidad de demostrar que ha cubierto hasta el último resquicio en el diagnóstico. Las pólizas de mala práctica alcanzan cantidades estratosféricas, los médicos se levantan en huelga en contra de las aseguradoras, los sistemas legales intervienen y, en última instancia, quien recibe la consecuencia de todo ello es la calidad y el costo de la atención médica.

Si bien todo funcionario es responsable de la ejecución de las tareas que le son confiadas, y la responsabilidad administrativa es concomitante con la penal y civil, tratándose de la falta de los residentes por la impericia natural de su condición de estudiantes, no es una falta de naturaleza administrativa, ya que las faltas administrativas se fincan en el incumplimiento de las obligaciones que tiene todo servidor público señaladas en el artículo 47 de la ley de la materia, dentro de las cuales no se encuentra la impericia sino la negligencia que no es lo mismo en el caso de estos alumnos.

Cabe comentar que el gobierno actualmente pretende proteger a estos médicos cuando se les exige responsabilidad penal, sin embargo, en la mayoría de los casos se limita a asistirlos hasta que se define su situación jurídica ante el Ministerio Público.

Con motivo del derecho a la protección de la salud, es responsabilidad del gobierno tanto proteger la salud de sus habitantes como coadyuvar en la formación de los recursos humanos, obligación ésta última condicionante de la primera, ya que si no existe personal médico altamente capacitado no se puede cumplir con la garantía de protección a la salud. Si bien el Estado impone deberes imprescindibles a sus servidores para mantener el eficaz funcionamiento de los servicios públicos y realizar los demás fines que tiene a su cargo, y con estos deberes básicos se asegura el desenvolvimiento de la función pública, también los debe proteger para el mismo fin.

En el aspecto legal, es necesario reconocer que complicación de un procedimiento diagnóstico o terapéutico no es sinónimo de culpabilidad, y que el médico residente como cualquier otro mortal no es infalible, de tal forma que juzgar un acto como producto de una mala práctica médica resulta en ocasiones muy difícil y en ello debe estimarse, no si la acción tuvo consecuencias indeseables, sino si la actuación del médico se encontraba justificada en la forma en que llevó a efecto sus procedimientos dentro de los cánones de una adecuada práctica médica.

Es cierto que existen grandes inconvenientes en los servicios institucionales, pero ellos son superados por sus beneficios. Es cierto que hay imperfecciones, pero también hay muchas personas satisfechas. Si bien en ocasiones se deforma la atención impartida, ahora son aliviados mayor cantidad de pacientes.

La profesión de la medicina es muy diferente a las otras profesiones. La sociedad se inclina a juzgar los actos profesionales de los médicos por sus resultados finales, sin embargo, los indeseables errores médicos se seguirán cometiendo aún en el futuro, pero posiblemente mediante una adecuada regulación del ejercicio profesional de estos residentes existan médicos mejor preparados y los riesgos y errores disminuyan.

Conclusiones.

- 1) La medicina tuvo sus orígenes en su forma más rudimentaria en los pueblos primitivos, y surgió como una reacción instintiva del hombre para librarse de sus dolencias físicas. Su finalidad siempre fue desaparecer las enfermedades, evitar el sufrimiento físico y alargar la vida humana, por lo que el papel que ha desempeñado el médico a lo largo de la historia es de gran trascendencia y responsabilidad.
- 2) Considerada la salud como el bien que tiende a preservar la vida, valor principal que es tutelado por las leyes, en el Orden Constitucional Mexicano se consagró el derecho a la protección de la salud como una garantía social, de tal manera que en México todo ser humano tiene derecho a que se proteja su salud y el gobierno la obligación de prestar los servicios necesarios para el logro de este objetivo. Esta garantía tiene como finalidad velar por el bienestar físico y mental del hombre para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades, por lo que el gobierno tiene la responsabilidad de proporcionar los servicios de salud necesarios y eficaces que satisfagan oportunamente sus necesidades.
- 3) Para el logro del objetivo anotado, es fundamental elevar la calidad de los servicios médicos mediante la adecuada formación de recursos humanos, donde los procesos educativos adquieren una importancia relevante, ya que el personal de la salud debe estar debidamente capacitado para que la atención médica se proporcione de acuerdo al adelanto científico. Para ayudar al hombre a conservar y restaurar su salud se requiere un conocimiento cada vez mejor del cuerpo humano, nuevos métodos explorativos y técnicas de tratamiento más apropiadas; elementos éstos que sólo es posible adquirirlos a través de la enseñanza.

4) La medicina en su evolución ha tendido a proporcionar una mejor atención médica a los pacientes, de tal manera que la característica más notable de nuestro tiempo ha sido la constitución de las especialidades, las cuales son fundamentales para que el gobierno pueda cumplir con la garantía social de protección a la salud.

El médico especialista surge con motivo de la gran expansión de los conocimientos médicos en este siglo y de la división de la medicina en diversas ramas, por lo que las especialidades indispensables para el desarrollo de la medicina son actualmente numerosas y de lo más variado, en beneficio de la salud y vida de las personas.

5) Desde su origen el aprendizaje de la medicina se basó en la atención en forma personal y directa a los enfermos; sistema de enseñanza que desde esa época fue y ha sido fundamental para adquirir conocimientos y habilidades en el ejercicio de esta profesión, ya que sólo con la práctica y trato directo al paciente se obtiene el verdadero conocimiento médico.

El modelo que opera en nuestro país para adquirir destrezas es mediante clínicas en los hospitales, donde el sector salud facilita a las Universidades el uso de los campos clínicos a sus estudiantes en las distintas etapas de su formación conforme lo dispone la Ley General de Salud.

6) El derecho a la protección de la salud, lleva implícitos los conceptos de atención accesible, oportuna, personalizada, humanitaria y eficiente, con un alto

grado de calidad profesional y de responsabilidad, ya que ante la constante evolución de la medicina, la atención médica de los individuos se vuelve cada día más compleja.

Para lograr la prestación de servicios médicos de la más alta calidad, y contribuir a la consecución de un sistema de salud capaz de preservar y promover el bienestar físico y mental del hombre, al que legítimamente aspira el ser humano, los médicos residentes tienen un papel relevante, así como el proceso de su formación y capacitación, ya que es imperioso que él mismo esté acorde con los avances de la ciencia médica.

7) Los médicos residentes, son profesionales de la medicina que cuentan con un título profesional y que desean realizar una especialidad, para lo que requieren iniciar un periodo de formación eminentemente práctico en una institución de salud con la finalidad de adquirir mayores conocimientos, destrezas y habilidades, mediante el estudio y prácticas de adiestramiento propias de la residencia.

A través de las residencias los médicos obtienen habilidades y conocimientos amplios para el ejercicio de una rama de la medicina, de acuerdo a un programa académico establecido por la institución de educación superior y efectuado operativamente en una institución de salud, de tal manera que la responsabilidad es compartida por ambos sectores. Las actividades que comprende la residencia son, entre otras, de adiestramiento clínico o quirúrgicas, que comprende la participación activa y supervisada del médico residente en la atención médica del enfermo.

8) Como la especialización de la medicina es una labor de entrenamiento en servicio, en la que se eleva el nivel de conocimientos y aumentan las destrezas para el manejo del enfermo en el medio hospitalario, paralelamente al adiestramiento el residente colabora en la prestación de servicios de atención médica en las instituciones de salud donde realiza la residencia. Esta labor que realiza es regulada por la Ley Federal del Trabajo como un trabajo especial, siendo en consecuencia los residentes trabajadores que prestan servicios de asistencia médica dentro de la actividad de adiestramiento que desarrollan en su formación profesional. Los médicos residentes son una base importante en la prestación de los servicios de salud, ya que contribuyen con el gobierno a dar efectividad a la garantía de protección a la salud, es decir, a proteger la salud de los habitantes del país.

9) Si bien el médico residente se encuentra sujeto a una relación laboral, con los derechos y obligaciones que le señala la Ley Federal del Trabajo, la Secretaría de Salud no les otorga la calidad de trabajadores sino de becarios, por lo que el objetivo fundamental que predomina es su capacitación para adquirir una especialidad y no la prestación de un servicio profesional.

10) Desde tiempos antiguos y paralelamente a la adquisición de conocimientos, han existido errores en la práctica de la medicina; los reclamos por la mala práctica han existido desde entonces y los médicos han tenido que responder por las consecuencias de sus propios actos de acuerdo con reglamentaciones acordes con la cultura de la época.

11) Los residentes son médicos que se ocupan de la población enferma con problemas de salud poco frecuentes, complicados o raros, que por lo general

requieren solución quirúrgica, por lo que dentro de la actividad de adiestramiento que desarrollan se enfrentan a un alto riesgo en la atención médica que proporcionan, que puede dar lugar a la existencia de responsabilidades.

Estas responsabilidades en la práctica médica ocurren con frecuencia, en virtud de que se trata de una participación activa dentro de un proceso de enseñanza, por lo que la posibilidad de incurrir en un error es mayor que la de otro profesional que se desempeña como médico general o especialista, ya que en sentido estricto el residente no es lo uno ni lo otro. Si bien realiza actos propios de la especialidad que está estudiando, ello no implica que cuente con la pericia propia de las especialidades médicas, ya que la adquisición de la misma es precisamente uno de los objetos de la residencia. Su inexperiencia se desprende del propio hecho de ser residente.

12) Entre las responsabilidades que se le atribuyen a los médicos residentes de la Secretaría de Salud, se encuentra la responsabilidad administrativa que prevé la Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos, no obstante que no les reconoce su calidad de trabajadores sino de becarios y que su falta de pericia no es propiamente una falta de carácter administrativo que vulnere los principios que dicho régimen tutela. Sin embargo, con su aplicación se afecta gravemente la prestación de los servicios de salud, la adecuada formación de estos médicos y la obligación que tiene el gobierno de garantizar el derecho a la protección de la salud.

La Secretaría de Salud, debe definir el status jurídico de estos médicos para poder determinar los alcances de la responsabilidad administrativa que les puede atribuir y si la legislación laboral les reconoce la naturaleza de trabajadores especiales, como servidores públicos también deben conservar su naturaleza especial.

13) No obstante que en nuestro sistema legal se conceptúa a estos médicos como una clase profesional especial por las características peculiares de su actividad, derivadas de su doble e indivisible función, tratándose de su responsabilidad profesional, que es una situación que afecta gravemente el ejercicio de la medicina, su regulación se encuentra dispersa en diversos ordenamientos y muestra también diversos efectos según la materia de que se trate.

Si como trabajadores especiales, en la Ley Federal del Trabajo se definen sus derechos y obligaciones laborales y en la Norma Oficial Mexicana, su organización y funcionamiento dentro de las unidades médicas receptoras; tomando en cuenta que estos médicos son sujetos de responsabilidad en el ejercicio de su adiestramiento y que están en constante peligro de que se ejerzan acciones legales en su contra, dada su naturaleza también se hace necesario delimitar su responsabilidad profesional en una reglamentación especial, en donde se determine qué elementos componen su responsabilidad, qué consecuencias genera, cuál sería su responsabilidad específica en cada materia y qué sanciones habrán de imponerse a estos profesionistas, y considerando que se trata de una actividad especial que no puede participar de las reglas generales, así como también las consecuencias graves que se generan para la población que requiere de sus servicios, su reglamentación específica se base no tan sólo en una normalidad represiva sino principalmente preventiva, que se ajuste a sus necesidades reales y sea congruente con el interés de mejorar la calidad de los servicios de atención médica en beneficio de los usuarios de los servicios de salud.

14) Los residentes son sancionados administrativamente, sin considerar además una serie de factores que intervienen en su capacitación completamente ajenos a su voluntad, por lo que considerando que sólo están cumpliendo con una instrucción académica y que su adiestramiento es necesario para su adecuada formación, es fundamental que a estos médicos se les otorguen de las garantías necesarias para concluir satisfactoriamente su capacitación, a fin de que alcancen mejores estadios de conocimiento en beneficio de la población del país.

De esta manera, su reglamentación especial debe prever medidas correctivas, en donde las sanciones aplicables sean congruentes con su condición de estudiantes, así como también medidas preventivas como lo sería una mejor educación, la constante supervisión de los programas y cursos de enseñanza y una mayor vigilancia en los hospitales.

Dentro de los derechos que se les otorguen, se debe garantizar el cumplimiento a la Norma Oficial Mexicana que regula la organización y funcionamiento de las residencias, a fin de que el residente siempre se encuentre asistido por un médico de base o especialista. Asimismo, el derecho a ser representados jurídicamente por las instituciones de salud cuando sean sujetos de responsabilidad profesional, incluyendo la administrativa, hasta su total conclusión.

De igual forma, la Unidad de Contraloría Interna debe contar con peritos médicos especialistas o contar con el apoyo de médicos externos y exigirse la existencia de dictámenes periciales antes de emitir sus resoluciones definitivas. De ser posible, al iniciar su residencia se podría proporcionar un seguro por responsabilidad civil y además se podría definir una instancia ante la cual estos médicos puedan denunciar la falta de cumplimiento a sus derechos.

15) La práctica médica es eminentemente de carácter evolutivo, ya que está determinada por los avances científicos y tecnológicos en materia de equipo médico, medicamentos, recursos de diagnóstico o terapéuticos, así como por los logros que día a día obtiene la medicina.

Los errores médicos no son solo cosa del presente, sino que es una cuestión que viene desde el origen mismo de la medicina y que tal vez se haya acelerado como consecuencia del venturoso progreso técnico de la medicina, progreso que no obstante, como todo en la vida tiene un precio y éste en el caso que nos ocupa es alto.

El residente puede ser un hombre de ciencia muy responsable de su deber, excesivamente cuidadoso y prudente, sin embargo, la mala práctica es un fenómeno frecuente en todos los médicos, aún en los especialistas, que no sólo conviene corregir, sino prevenir.

La vida actual exige y obliga a una reflexión. Si bien está en riesgo la vida y la salud de un individuo que constituyen los valores más altos, el médico residente no puede dejar de ejercer la profesión. El residente debe ser considerado como un ser humano, dispuesto a hacer lo mejor que pueda aunque sujeto a errores inevitables, por lo que en cada uno de los problemas en que se ve involucrado se debe actuar con frialdad y equidad. Los juicios están cargados de emotividad con fuertes razgos de revancha en contra de estos médicos, sin considerar lo que de arte y humano tiene su profesión.

BIBLIOGRAFIA

- Barquin, Manuel. Historia de la Medicina. 8a. ed. México, Ed. Méndez, 1994, 400 p.
- Bazdresch, Luis. Garantías Constitucionales. 3a. ed. México, Ed. Trillas, 1988, 178 p.
- Carrancá y Trujillo, Raúl. Derecho Penal Mexicano. Parte General. 15 ed. México, Ed. Porrúa, 1986, 986 p.
- Chávez, Ignacio. México en la Cultura Médica. México, Ed. FCE, 1987, 147 p.
- Dávalos Morales, José. Tópicos Laborales. México, Ed. Porrúa, 1992, 424 p.
- De Buen Lozano, Néstor. Derecho del Trabajo. Tomo II. 10 ed. México, Ed. Porrúa, 1994, 921 p.
- De La Cueva, Mario. El Nuevo Derecho Mexicano del Trabajo. Tomo I. 13 ed. México, Ed. Porrúa, 1993, 750 p.
- Fajardo Ortiz, Guillermo. Atención Médica. México, Ed. La Prensa Mexicana, 1983, 776 p.
- Herrera Pérez, Agustín. Las Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos. 2a. ed. México, Ed. Carsa, 1992, 223 p.
- Palencia Oyarzabal, Ceferino. El Médico. Transcurso Histórico. España, Ed. Everest, 1983, 214 p.
- Pavón Vasconcelos, Francisco. Manual de Derecho Penal Mexicano. 7a. ed. México, Ed. Porrúa, 1985, 558 p.
- Pérez Tamayo, Ruy. Notas sobre la Ignorancia Médica y otros Ensayos. México, Ed. Colegio Nacional. 1991, 260 p.
- Rojas, Nerio. Medicina Legal. 11 ed. Buenos Aires, 1976, 508 p.
- San Martín, Hernán. Salud y Enfermedad. 4a. ed. México, Ed. La Prensa Médica Mexicana, 1990, 893 p.
- Scorer, Gordon. at. el. Problemas Eticos en Medicina. Barcelona, Ed. Doyma, 1983, 267 p.
- Sepúlveda, Bernardo. Seminario Sobre Problemas de la Medicina en México. México, Ed. Colegio Nacional, 1982, 526 p.
- Serra Rojas, Andrés. Derecho Administrativo. Tomo I. 13 ed. México, Ed. Porrúa, 1985, 773 p.
- Soberón Acevedo, Guillermo. La Evolución de la Medicina en México durante las últimas cuatro décadas. México, Ed. Colegio Nacional, 1984, 293 p.
- La Protección de la Salud en México. México, Ed. Porrúa, 1987, 758 p.

- Somolinos D'Ardois, Germán. Historia de la Medicina. México, Ed. Pormaca, 1964, 176 p.
- Treviño Zapata, Norberto. El Movimiento Médico en México 1964-1965. México, Ed. UNAM. 1989, 498 p.

Legislación y Jurisprudencia

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. México, Ed. Talleres Gráficos de México, 1996, 246 p.
- Ley Orgánica de la Administración Pública Federal. México, Ed. Pac, 1991, 166 p.
- Ley General de Salud. 9a. ed. México, Ed. Porrúa, 1993, 1167 p.
- Ley General de Educación. Legislación en materia de educación y profesiones. México, Ed. Pac, 1993, 190 p.
- Ley Federal del Trabajo. Comentarios, Prontuario, Jurisprudencia y Bibliografía, 75 ed. México, Ed. Porrúa, 1995, 915 p.
- Decreto de Reformas de la Ley Federal del Trabajo. Diario Oficial de la Federación del 30 de diciembre de 1977.
- Legislación Federal del Trabajo Burocrático. 30 ed. México, Ed. Porrúa, 1993, 654 p.
- Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos. México, Secretaría de la Contraloría General de la Federación, México, 1994, 97 p.
- Ley Reglamentaria del Artículo 5o. Constitucional relativo al ejercicio de las Profesiones en el Distrito Federal. Legislación en materia de Educación y Profesiones, 4a. ed. México, Ed. Pac, 1993, 193 p.
- Código Penal para el Distrito Federal. 53 ed. México, Ed. Porrúa, 1994, 329 p.
- Código Civil para el Distrito Federal. 63 ed. México, Ed. Porrúa, 1994, 644 p.
- Código Federal de Procedimientos Civiles. 59 ed. México, Ed. Porrúa, 1993, 100 p.
- Reglamento Interior de la Secretaría de Salud. Diario Oficial de la Federación del 31 de diciembre de 1992.
- Acuerdo por el que se crea la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud. Diario Oficial de la Federación de 19 de octubre de 1983.

Norma Oficial Mexicana NOM-090-SSA1-1994, Para la organización y funcionamiento de residencias médicas. Diario Oficial de la Federación de 22 de septiembre de 1994.

Norma Técnica No. 76, para la Organización y Funcionamiento de las Residencias Médicas. Diario Oficial de la Federación del 16 de diciembre de 1986.

Econografía

Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud. XX Examen Nacional para aspirantes mexicanos y extranjeros a residencias médicas. México, Ed. Comité de Posgrado y Educación Continua, 1996, 53 p.

Comisión Nacional de Derechos Humanos. La responsabilidad profesional del médico y los derechos humanos. México, Ed. Promotora Gráfica, 1975, 123 p.

Compilación de la Normatividad Laboral de la Secretaría de Salud. Secretaría de Salud. México, 1994, 355 p.

De Pina Vara, Rafael. Diccionario de Derecho. 12 ed. México, Ed. Porrúa, 1988, 506 p.

Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española. 29 ed. Ed. Espasa-Calpe. Madrid, 1979, 1424 p.

Diccionario Enciclopédico Ilustrado. 3a. ed. Ed. Cultural de Ediciones. Madrid, 1991, 1584 p.

Diccionario Jurídico Espasa. Fundación Tomás Moro. Madrid, Ed. Espasa-Calpe, 1993, 1010 p.

Diccionario Jurídico Mexicano. T-VIII. UNAM. México, pag. 46.

Examen. Una publicación para la democracia. 50 años de Salud Pública en México. Ed. Comité Ejecutivo Nacional del PRI, Año 5, número 53, Octubre, 1993, 50 p.

Moctezuma Barragán, Gonzalo. Las responsabilidades en el ejercicio profesional de la medicina. Sesión extraordinaria del Instituto Nacional de Perinatología. México, 13 de octubre de 1994, 16 p.

----- at. el. La figura jurídica del Médico Residente. Simposio. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM. Vol. 35. No. 4. México, Octubre-Diciembre, 1992, 4 p.

Secretaría de Salud. Panorama General de la Administración de los Servicios de Salud. México, 1994, 56 p.