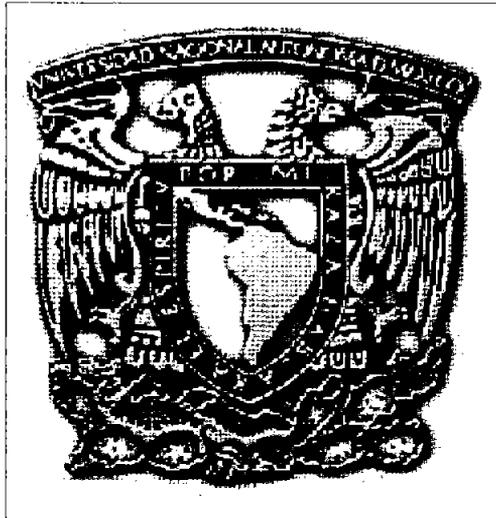


11241



**UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTONOMA DE MÉXICO**

Facultad de Medicina

Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental

Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez

**Aspectos Éticos y Legales de la Responsabilidad Profesional en  
Psiquiatría: Análisis de Casos en un Periodo de Dos y Medio  
Años en un Hospital Psiquiátrico.**

Tesis presentada para obtener el diploma de:  
**Psiquiatría**

Presenta:  
**Arturo Ixtlapale Gómez.**

Asesor Teórico: **Dr. Fernando López Munguía**

Asesor Metodológico: **Dr. Rafael Salín Pascual**

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
GRUPO DE PSICOLOGÍA MÉDICA  
PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL  
FACULTAD DE MEDICINA  
U. N. A. M.

Yo, Sr.  
[Firma]

México, D. F., a 12 de Enero de 2004.



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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).

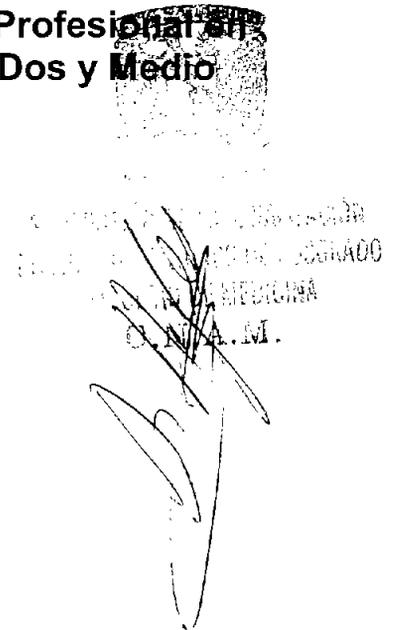
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

Facultad de Medicina

## Aspectos Éticos y Legales de la Responsabilidad Profesional en Psiquiatría: Análisis de Casos en un Periodo de Dos y Medio Años en un Hospital Psiquiátrico.



Tesis presentada por:  
**Arturo Ixtlapale Gómez.**

Asesor Teórico: **Dr. Fernando López Munguía**

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Arturo Ixtlapale Gómez

FECHA: 19-05-04

FIRMA:

Asesor Metodológico: **Dr. Rafael Salín Pascual**

# **Aspectos Éticos y Legales de la Responsabilidad Profesional en Psiquiatría: Análisis de Casos en un Periodo de Dos y Medio Años en un Hospital Psiquiátrico.**

## **Índice:**

<b>Capitulo I Hospital Psiquiátrico Sede e Instituciones Para Atención de Inconformidades</b>	
	Página
<b>Introducción</b>	4-5
<b>Antecedentes Hospital del Hospital Fray Bernardino Álvarez</b>	5-6
<b>Instituciones en México:</b>	
Órgano Interno de Control en la Secretaría de Salud	6-8
Colegios	9
Comisión Nacional de Derechos Humanos	9
Comités Hospitalarios de Ética	9-10
Comisión Nacional de Arbitraje Médico	10-12
<b>Capitulo II La Responsabilidad Profesional</b>	
<b>Aspectos Generales de la Responsabilidad Profesional</b>	13-15
<b>Fundamentos Legales de la Responsabilidad Profesional</b>	15-16
<b>Ética y Psiquiatría</b>	17-19
<b>Niveles de Responsabilidad</b>	19-20
Responsabilidad Administrativa	
Responsabilidad Institucional	
Responsabilidad Médica	
<b>Responsabilidad Civil</b>	20
Tipos de Contratos	20-21
Autorización y Consentimiento Bajo Información	22
Elementos Básicos de la Teoría del Consentimiento Bajo Información.	22-24
Procedimientos Civiles	24-25
<b>Responsabilidad Penal</b>	25-30
Procedimientos Penales	30-32
Secreto Médico	32-33
Fundamentos Jurídicos del Secreto Médico	33-35
Limites del Secreto Médico	35
El Problema de Decirle la Verdad al Paciente	35-35

### **Capitulo III Procedimiento Para Realizar el Estudio**

<b>Justificación</b>	36-38
<b>Material y Métodos</b>	37-38

### **Capitulo IV Análisis de Material Obtenido**

<b>Resultados</b>	39-47
<b>Conclusiones</b>	48-51
<b>Comentario</b>	51-52
<b>Bibliografía</b>	53-56

# Capítulo I Hospital Psiquiátrico Sede e Instituciones Para Atención de Inconformidades

## Introducción

Es innegable que la evolución continua de la medicina, no sólo en cuanto a los avances científicos, sino también en su interacción con otros sistemas como la sociedad, cultura, política, religión, etcétera, ha transformado la relación médico paciente, de una actitud paternalista y protectora del médico y por consecuencia sumisa y abnegada de los pacientes a una relación que puede resultar tensa, con una mayor exigencia por parte del enfermo, solicitando información, participando activamente en la toma de decisiones, cuestionando la eficacia de un plan terapéutico determinado y, cuando lo considera conveniente, presentando su queja, ya no solo ante su médico, también ante instancias creadas especialmente para resolver este tipo de problemas. El médico por su parte ha desarrollado una medicina defensiva, recurriendo a todo tipo de medidas, muchas veces innecesarias, para evitar conflictos que pueden terminar con alguna sanción. La antigua invulnerabilidad del médico ha desaparecido, lo cual no debiera implicar el desarrollo de una actitud defensiva, que puede crear un ambiente desfavorable para la buena relación médico-paciente, que a consideración del autor, es con poca frecuencia, el motivo real de las quejas.

En países como Estados Unidos es frecuente que existan problemas legales en que se involucra a personal médico o paramédico, situación que es menos frecuente en un país como México. Aun así, el aumento en el número de quejas en contra de médicos, influido por una sociedad en cambio continuo, por medios masivos de comunicación como la televisión, el radio y más recientemente el Internet, una tendencia mundial hacia la globalización, un mayor conocimiento de las leyes por parte de la población general, la tecnificación de la atención médica, entre otros factores, exigen un mayor conocimiento de la responsabilidad que atañe a los profesionales de la salud.

La psiquiatría no queda al margen de estos cambios, contrariamente, requiere de especial atención por el tipo de pacientes que trata. No es difícil pensar en que alguien que se encuentra afectado emocionalmente o incluso que tiene un juicio alterado, es decir, que su capacidad para discernir entre bueno y malo, entre real e imaginario esta disminuida en menor o mayor grado pretenda inculpar a su terapeuta por una percepción errónea motivo de su propio padecimiento.

El conocimiento de los aspectos éticos y legales por parte del profesional de la salud, no solo en psiquiatría, sino de la medicina en general, es deficiente. La normativa legal y ética que impera en medicina es distinta para cada país, existiendo diferencia entre uno y otro. Holanda es tal vez el país que se encuentra a la vanguardia en estos temas, habiendo legislado sobre conceptos como "eutanasia" en diferentes circunstancias, "suicidio asistido" y "uso legal de drogas". En México, sin embargo, el interés por la ética y el derecho en medicina tiene

rezagos importantes, adquiriendo importancia hasta hace solo algunos años con la creación de instituciones enfocadas a estas funciones y la formación de personal capacitado para las mismas, medidas que aún parecen insuficientes.

La formación del médico se ve influenciada por los descubrimientos en áreas como biología, química, tecnología, etcétera, dejando a un lado las ramas humanísticas y sociales, cada vez más notorio en los programas académicos de distintas universidades en los que se ha dado prioridad a ramas científicas, con una consecuente inconsistencia en la aplicación de conceptos deontológicos y legales. En la práctica médica es común que ante una situación determinada surjan diferentes respuestas para su posible solución, sin poder alcanzar una uniformidad (que debiera existir) al menos de ideas básicas, guiándose más por un conocimiento empírico, alcanzado en la práctica cotidiana, en no pocas ocasiones sin bases sustentables en la ética o el derecho. A consideración de algunos autores (24, 27), la práctica médica actual se basa en la moral, que tiene como fundamento ciertos conceptos de bien y mal, que pueden cambiar de acuerdo a cada cultura o dependiendo de los valores que prevalezcan a una sociedad en un momento determinado, pero sin recurrir a la ética como un "quehacer reflexivo".

El conocimiento de principios de deben imperar en la psiquiatría, es sin lugar a duda, un constructo básico para el buen ejercicio de la misma. El hecho de que la psiquiatría sea una de las especialidades con menor número de quejas (5), no debe resultar halagador, ya que no es sinónimo de una práctica sin errores, basta analizar los motivos causantes de las quejas para darse cuenta de que tuvieron origen principalmente en deficiencias de la relación médico paciente y no en resultados desfavorables del tratamiento médico o de diagnóstico.

### **Antecedentes del Hospital Fray Bernardino Álvarez**

El Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, es sin duda en su área el más importante a nivel Nacional y uno de los más importantes de América Latina por el número de pacientes que atiende anualmente. En la actualidad cuenta con 300 camas censables. En el año 2002 en el servicio de urgencias se proporcionó un total de 14,442 consultas, de las cuales en 3,316 casos requirieron internamiento en esta institución, con un promedio de 26 días de estancia. En ese mismo año la consulta externa proporcionó 1,372 consultas de primera vez y 32,544 subsecuentes. El hospital cuenta con servicios especiales como psiquiatría legal donde se realizaron 705 peritajes psiquiátricos y 409 psicológicos; la Unidad Médico Quirúrgica de Atención Intensiva Psiquiátrica (UMQAIP) con 857 ingresos en 2002, con un promedio de estancia de 6 días. Además de la consulta psiquiátrica, para los pacientes atendidos en la institución se cuenta con interconsulta de cirugía, ginecología, odontología, neurología, oftalmología, medicina interna y anestesiología que proporcionaron un total de 9,308 interconsultas (17, 18).

Esta institución es dependiente de la Secretaría de Salud, por tanto atiende a población abierta y por convenio interinstitucional, a pacientes derechohabientes de Petróleos Mexicanos (PEMEX) y de el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) que requieren hospitalización. Esto permite que en el hospital de servicio a pacientes de diferentes estrato socioeconómico y cultural.

En México, se otorgan anualmente en instituciones públicas 170 millones de consultas, que incluyen exámenes de laboratorio y gabinete, intervenciones quirúrgicas y otros procedimientos diagnósticos. Es evidente la necesidad de instancias que se encarguen de la problemática en cuanto a la calidad de la atención médica que proporcionan los servicios de salud, responsabilidad que actualmente recae en instancias tanto internas (Contraloría interna, comités hospitalarios de ética) como en instituciones externas (CONAMED, Comisión Nacional de Derechos Humanos)

### **Órgano Interno de Control en la Secretaría de Salud**

*Contraloría interna se refiere a los órganos internos de control de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal (Ley Federal de Servidores Públicos artículo 5).*

La Ley Federal de Servidores Públicos señala al respecto:

*Artículo 4.- Para la investigación, tramitación, sustanciación y resolución, en su caso, de los procedimientos y recursos establecidos en la presente Ley, serán autoridades competentes los contralores internos y los titulares de las áreas de auditoría, de quejas y de responsabilidades de los órganos internos de control de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal y de la Procuraduría General de la República*

La Secretaría de Salud cuenta con un Órgano Interno de Control que tiene como finalidad aclarar y resolver las controversias o problemas suscitados en una institución determinada, pero no todos los casos se pueden resolver en ésta instancia, por lo que el artículo 19 señala:

*Artículo 19.- Si la Secretaría o el contralor interno tuvieran conocimiento de hechos que impliquen responsabilidad penal, deberán denunciarlos ante el Ministerio Público o, en su caso, instar al área jurídica de la dependencia o entidad respectiva a que formule las querellas a que hubiere lugar, cuando así se requiera.*

El procedimiento para determinar la responsabilidad o la falta de ésta para un servidor público se encuentra especificado en el artículo 21 (salvo lo marcado por artículo 19):

Artículo 21.- *La Secretaría, el contralor interno o el titular del área de responsabilidades impondrán las sanciones administrativas a que se refiere este Capítulo mediante el siguiente procedimiento:*

*I.- Citará al presunto responsable a una audiencia, notificándole que deberá comparecer personalmente a rendir su declaración en torno a los hechos que se le imputen y que puedan ser causa de responsabilidad en los términos de la Ley, y demás disposiciones aplicables.*

*En la notificación deberá expresarse el lugar, día y hora en que tendrá verificativo la audiencia; la autoridad ante la cual se desarrollará ésta; los actos u omisiones que se le imputen al servidor público y el derecho de éste a comparecer asistido de un defensor.*

*Hecha la notificación, si el servidor público deja de comparecer sin causa justificada, se tendrán por ciertos los actos u omisiones que se le imputan.*

*La notificación a que se refiere esta fracción se practicará de manera personal al presunto responsable.*

*Entre la fecha de la citación y la de la audiencia deberá mediar un plazo no menor de cinco ni mayor de quince días hábiles;*

*II.- Concluida la audiencia, se concederá al presunto responsable un plazo de cinco días hábiles para que ofrezca los elementos de prueba que estime pertinentes y que tengan relación con los hechos que se le atribuyen;*

*III.- Desahogadas las pruebas que fueren admitidas, la Secretaría, el contralor interno o el titular del área de responsabilidades resolverán dentro de los cuarenta y cinco días hábiles siguientes sobre la inexistencia de responsabilidad o impondrá al infractor las sanciones administrativas correspondientes y le notificará la resolución en un plazo no mayor de diez días hábiles. Dicha resolución, en su caso, se notificará para los efectos de su ejecución al jefe inmediato o al titular de la dependencia o entidad, según corresponda, en un plazo no mayor de diez días hábiles.*

*La Secretaría, el contralor interno o el titular del área de responsabilidades podrán ampliar el plazo para dictar la resolución a que se refiere el párrafo anterior, por única vez, hasta por cuarenta y cinco días hábiles, cuando exista causa justificada a juicio de las propias autoridades;*

*IV.- Durante la sustanciación del procedimiento la Secretaría, el contralor interno o el titular del área de responsabilidades, podrán practicar todas las diligencias tendientes a investigar la presunta responsabilidad del servidor público denunciado, así como requerir a éste y a las dependencias o entidades*

*involucradas la información y documentación que se relacione con la presunta responsabilidad, estando obligadas éstas a proporcionarlas de manera oportuna.*

*Si las autoridades encontraran que no cuentan con elementos suficientes para resolver o advirtieran datos o información que impliquen nueva responsabilidad administrativa a cargo del presunto responsable o de otros servidores públicos, podrán disponer la práctica de otras diligencias o citar para otra u otras audiencias, y*

*V.- Previa o posteriormente al citatorio al presunto responsable, la Secretaría, el contralor interno o el titular del área de responsabilidades podrán determinar la suspensión temporal de su empleo, cargo o comisión, si a su juicio así conviene para la conducción o continuación de las investigaciones. La suspensión temporal no prejuzga sobre la responsabilidad que se le impute. La determinación de la Secretaría, del contralor interno o del titular del área de responsabilidades hará constar expresamente esta salvedad.*

*La suspensión temporal a que se refiere el párrafo anterior suspenderá los efectos del acto que haya dado origen a la ocupación del empleo, cargo o comisión, y regirá desde el momento en que sea notificada al interesado.*

*La suspensión cesará cuando así lo resuelva la Secretaría, el contralor interno o el titular del área de responsabilidades, independientemente de la iniciación o continuación del procedimiento a que se refiere el presente artículo en relación con la presunta responsabilidad del servidor público. En todos los casos, la suspensión cesará cuando se dicte la resolución en el procedimiento correspondiente.*

*En el supuesto de que el servidor público suspendido temporalmente no resultare responsable de los hechos que se le imputan, la dependencia o entidad donde preste sus servicios lo restituirán en el goce de sus derechos y le cubrirán las percepciones que debió recibir durante el tiempo en que se halló suspendido.*

*Se requerirá autorización del Presidente de la República para dicha suspensión si el nombramiento del servidor público de que se trate incumbe al Titular del Poder Ejecutivo. Igualmente, se requerirá autorización de la Cámara de Senadores, o en su caso de la Comisión Permanente, si dicho nombramiento requirió ratificación de aquélla en los términos de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.*

*En caso de que la Secretaría, por cualquier medio masivo de comunicación, difundiera la suspensión del servidor público, y si la resolución definitiva del procedimiento fuere de no responsabilidad, esta circunstancia deberá hacerse pública por la propia Secretaría.*

## **Colegios**

A través de la ley reglamentaria del artículo 5º constitucional, denominada ley de profesiones, se designa y faculta legalmente a los Colegios de Profesionistas para atender inconformidades de médicos y pacientes marcado en el inciso:

*F: servir de árbitro en los conflictos entre profesionales o entre estos y sus clientes cuando acuerden someterse los mismos a dicho arbitraje .*

A pesar de esta facultad que concede la Constitución a los colegios, aun sobre la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (Esta última creada por un decreto, por lo que estaría por debajo de un mandato constitucional), este derecho no se ha hecho valer, siendo otras instituciones las que se han encargado de desempeñar estas funciones (23).

## **Comisión Nacional de Derechos Humanos**

La Comisión Nacional de Derechos Humanos fue creada en 1992, teniendo como antecedente a nivel internacional la Declaración Francesa de los Derechos del Hombre y del Ciudadano promulgada en 1789.

La Comisión Nacional de Derechos Humanos es un organismo desconcentrado, adscrito a la Secretaría de Gobernación. Tiene competencia en todo el territorio Nacional, para conocer de quejas relacionadas con presuntas violaciones a los derechos humanos cuando éstas fueren imputadas a autoridades y servidores públicos. Procura la conciliación entre los quejosos y las autoridades señaladas como culpables, puede formular recomendaciones públicas no vinculatorias y denuncias y quejas ante las autoridades respectivas. No tiene la facultad e imponer medidas coercitivas o sanciones, lo cual, en caso necesario corresponde a otras instancias.

## **Los Comités Hospitalarios de Ética**

La medicina posee conocimientos que pueden ser de gran utilidad para el bienestar humano pero también posee el potencial de que se abuse de ésta. La relación médico paciente y las responsabilidades de los médicos están contenidas en diferentes códigos profesionales, tal vez el más conocido por su significado histórico es el Juramento Hipocrático (c. 460-370 a. C.). La experiencia posterior a la Segunda Guerra Mundial, produjo la formulación del Código de Nuremberg de 1947 que establece una normatividad ética para el estudio del hombre.

En 1954, durante la Octava Asamblea General de la Asociación Médica Mundial se realizó un borrador de un código sobre experimentación en humanos que fue adoptada en 1964 (Declaración de Helsinki I). Esta declaración fue modificada en Tokio en 1975 (Declaración de Helsinki II), siendo uno de los puntos

más relevantes la propuesta de que el protocolo de investigación debe enviarse a un comité independiente y especializado para sus consideraciones, comentarios y guías. En los países donde se han integrado comités, la mayoría de estos se guían por la declaración de Helsinki II.

Si bien la validez de los principios en la declaración de Helsinki II puede considerarse universal, su aplicación concreta debe variar en determinadas circunstancias. En 1982 el Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas y la Organización Mundial de la Salud, emitieron un documento en el cual se hace énfasis a las limitaciones que tiene el procedimiento de obtención de consentimiento informado en sujetos que no están en condiciones de un consentimiento conciente, como el caso de quienes padecen retraso mental o pacientes psicóticos, pero también hace énfasis en “personas completamente ajenas a los conceptos de la medicina moderna”, como las comunidades indígenas, a quienes pone, prácticamente, en el mismo nivel que los retrasados mentales en cuanto a la capacidad de toma de decisiones, lo cual muestra la necesidad de una normatividad jurídica a nivel de cada país y la creación de comités de ética.

Los comités de ética hospitalarios son grupos multidisciplinarios de profesionales de la salud dentro de una institución de salud que cumplen la función de dirigir los dilemas éticos que ocurren en la institución, son como “la conciencia de la institución” (13, 33).

En la actualidad los códigos de ética sólo plantean lineamientos para el desarrollo de una medicina moral, pero no imponen ninguna medida coercitiva, siendo el derecho, la disciplina que se encarga del regulamiento y aplicación de sanciones en caso necesario.

### **Comisión Nacional de Arbitraje Médico**

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) es un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, tiene como finalidad el brindar asesoría gratuita tanto a usuarios como a prestadores de servicios de salud en cuanto a sus derechos y obligaciones

El decreto de creación de la CONAMED fue publicado en el diario oficial de la federación el día 3 de junio de 1996, concebida como una institución para colaborar con instancias jurisdiccionales en el desarrollo del proceso que se ventilen ante ella, facultada para elaborar dictámenes y peritajes en materia de salud.

Esta instancia tiene función primeramente de conciliación, con audiencias que se realizan con la concurrencia del quejoso y del prestador de servicio que haya sido señalado, así como la presencia de representantes de la comisión. De no llegar a una conciliación con el consiguiente arreglo entre las partes afectadas

el siguiente paso es el arbitraje, con el señalamiento de que las partes aceptan acatar el laudo que resulte. CONAMED no es un paso obligado para la solución de problemas, pudiéndose instar directamente a la vía judicial.

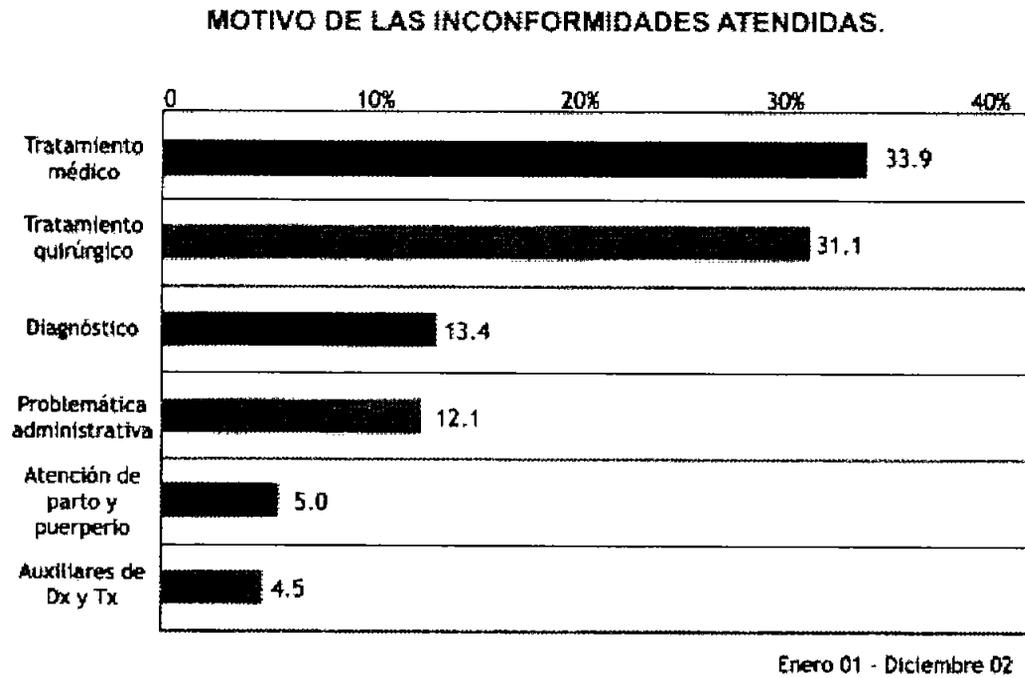
A continuación se presentan las gráficas que representan los procedimientos realizados por la CONAMED en un periodo que abarca desde su creación en 1996 y hasta diciembre del año 2002.

Gráfica A:

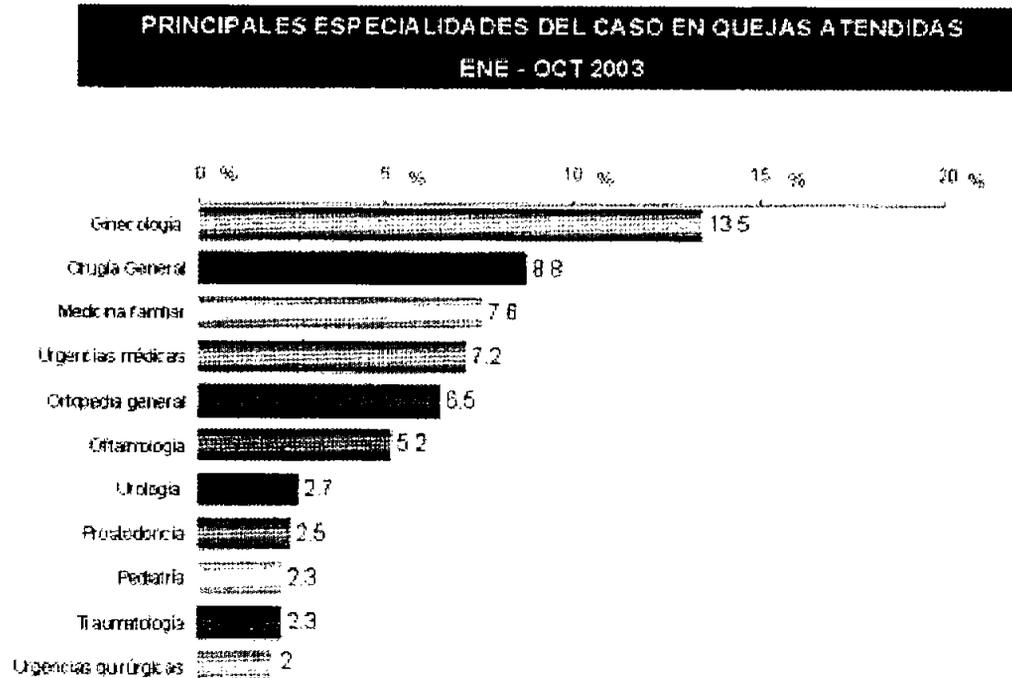
**TOTAL DE ASUNTOS ATENDIDOS**

Tipo de Asuntos		1996 - 2000	2001	2002	Total
Orientaciones		35,702	7,537	8,960	52,199
Asesorías		9,071	2,464	2,849	14,384
Inconformidades	Gestiones inmediatas	2,163	738	862	3,763
	Proceso arbitral	7,218	1,546	1,114	9,878
Dictámenes		1,753	473	664	2,890
Total		55,907	12,758	14,449	83,114

Gráfica B:



Gráfica C:



## Capítulo II La Responsabilidad Profesional

### Aspectos Generales de la Responsabilidad Profesional

Etimológicamente, *responsabilidad* es un término proveniente del latín *respondere* que en su sentido original equivale a estar obligado.

El vocablo responsabilidad tiene dos acepciones:

La primera, sinónimo de deuda, obligación de reparar y satisfacer por sí o por otra persona, a consecuencia de delito, de una culpa o de otra causa legal. En una segunda acepción es el cargo u obligación moral que resulte para uno del posible error en cosa o asunto determinado (10).

Así, la responsabilidad es un atributo de la persona, esto es, del responsable, la persona quien responde, la cual está obligada, la que garantiza.

Se entiende por responsabilidad profesional en medicina la obligación que tiene el médico de reparar un daño que haya podido originar en otras personas derivado de sus actos profesionales, errores voluntarios, involuntarios u omisiones, es la obligación que tiene el médico de dar cuenta ante la sociedad por los actos realizados en la práctica profesional, cuya naturaleza y resultados sean contrarios a sus deberes.

Existe una creciente preocupación por los temas relacionados con la responsabilidad en el área médica, derivada, entre otras causas, del aumento de reclamaciones judiciales por *mal praxis*.

La situación que se vive en países como México, en cuanto al aumento de las reclamaciones judiciales derivadas de mala práctica, es reflejo de lo que ocurre en países de primer mundo, siendo claro ejemplo Estados Unidos, aunque por el momento las cifras se encuentran muy por debajo de las presentadas por este país vecino, en parte por el desconocimiento de las leyes por la población general. Con el desarrollo de una sociedad mejor informada, que demanda una atención de alta calidad, se ha creado la denominada "medicina defensiva", en la que para evitar incurrir en fallos diagnósticos o terapéuticos, el médico recurre a todas las posibilidades de estudios que le ofrece la técnica, con aplicación de múltiples y costosas pruebas que no siempre son necesarias.

Los errores médicos han existido desde el inicio de la medicina, son prácticamente inevitables y no siempre son atribuibles a una mala actuación del médico, pero no hay una relación proporcional con la evolución demanda-mal praxis a través de la historia, lo que podría estar explicado por aspectos como:

- Tecnificación del ejercicio de la medicina que conlleva una relación deshumanizada médico-paciente más ostensible en grandes concentraciones sociales
- Mayor exigencia social en todos los órdenes

- Mayor difusión de los casos por medios de comunicación masivos así como de indemnizaciones que pueden conseguirse
- Menor temor ante los tribunales, aunque la poca credibilidad ante estas instituciones parece ser freno y retraimiento ante una actitud pleitista más generalizada
- Mayor disponibilidad de recursos económicos en ciertos círculos sociales
- Mayor conocimiento de los derechos del enfermo así como la presencia de asociaciones de usuarios y consumidores
- Existencia de mercantilismo por parte de una sociedad más reivindicativa en cuanto a resarcirse de daños o ante la pérdida de calidad de vida, actitud desarrollada por el progreso social
- Masificación y empobrecimiento de la enseñanza de la medicina, dedicando menor tiempo a materias humanistas como la ética (26)

Es innegable la necesidad de una adecuada formación en aspectos médico legales en todas las ramas de la medicina. En lo referente a psiquiatría, motivo principal del presente trabajo, aunque las cifras de demandas son bajas en comparación con otras especialidades, no queda excluida de los cambios que exige una sociedad en evolución continua.

La medicina no es una ciencia exacta, aun cuando se llegaran a conocer todos los preceptos científicos en que se basan los tratamientos y con una adecuada aplicación de éstos, existirá siempre el factor reaccional del individuo enfermo, infinitamente variable e imposible de acomodar a previas normas, aun el tratamiento más rigurosamente exacto conlleva un margen de error, bajo, pero nunca eliminado (3). Aun cuando los avances tecnológicos han permitido a la psiquiatría ser una ciencia objetiva, existen casos (cada vez menos frecuentes), en que el subjetivismo es utilizado como una práctica que hace vulnerable al psiquiatra.

Los médicos especialistas en formación (médicos residentes), tienen la misma responsabilidad que los médicos que han concluido una especialidad, así como obligaciones de tipo académico, por tanto, su conocimiento de la normativa ética y legal que regulan la práctica de la psiquiatría es tan indispensable como lo es para cualquier otro médico que ha concluido la especialidad.

Es factible pensar que por encontrarse en un proceso de aprendizaje, los médicos residentes están exentos de responsabilidades o son diferentes, lo cual no resulta cierto si se revisa la Ley Federal de Trabajo, en cuanto a derechos y obligaciones para los médicos residentes, que muestra corresponden a los mismos que para médicos que ya han concluido la especialidad, salvo por lo señalado en el artículo 353-C y el artículo 353-D.

*Artículo 353-C Son derechos especiales de los médicos residentes, que deberán consignarse en los contratos que se otorguen, a más de los previstos en ésta ley, los siguientes;*

- I. *Disfrutar de las prestaciones que sean necesarias para el cumplimiento de la residencia, y;*
- II. *Ejercer su residencia hasta concluir su especialidad, siempre y cuando cumplan con los requisitos que establece éste capítulo.*

*Artículo 353-D Son obligaciones especiales del médico residente las siguientes:*

- I. *Cumplir la etapa de instrucción académica y el adiestramiento de acuerdo con el programa docente académico vigente en la Unidad Médica Receptora de Residentes.*
- II. *Acatar las órdenes de las personas designadas para impartir el adiestramiento o para dirigir el desarrollo del trabajo en lo concerniente a aquél y a éste;*
- III. *Cumplir las disposiciones internas de la Unidad Médica Receptora de Residentes de que se trate, en cuanto no contraríen las contenidas en esta Ley;*
- IV. *Asistir a las conferencias de teoría, sesiones clínicas, anatomoclínicas, clinicorradiológicas, bibliográficas y demás actividades académicas que se señalen como parte de los estudios de especialización;*
- V. *Permanecer en la Unidad Médica Receptora de Residentes, en los términos del artículo siguiente, y;*
- VI. *Someterse y aprobar los exámenes periódicos de evaluación de conocimientos y destreza adquiridos, de acuerdo a las disposiciones académicas y normas administrativas de la unidad correspondiente.*

*El artículo 353-G señala las causas especiales de rescisión de la relación de trabajo, además de las que establece el artículo 47:*

- I. *El incumplimiento de las obligaciones a que aluden las fracciones I, II, III y VI del artículo 353-D;*
- II. *La violación de las normas técnicas o administrativas necesarias para el funcionamiento de la Unidad Médica Receptora de Residentes en la que se efectúe la residencia;*
- III. *La comisión de faltas a las normas de conducta propias de la profesión médica consignadas en el Reglamento Interior de Trabajo de la Unidad Médica Receptora de Residentes.*

De acuerdo con estos artículos, los médicos residentes tienen obligaciones adicionales básicamente de tipo académico y en este sentido son las universidades y los hospitales que fungen como sedes para cursar la especialidad los responsables de la parte académica.

## **Fundamentos Legales de la Responsabilidad Profesional**

El termino de responsabilidad es un concepto jurídico fundamental y objeto de controversias, señala a quien debe responder del cumplimiento o incumplimiento de una obligación.

La noción de responsabilidad al médico y cirujano se extiende a los daños y perjuicios originados por cualquier falta, aun cometida de buena fe, como resultado de impericia, de su negligencia, de un error evitable o de ignorancia de las reglas fundamentales de la profesión (4).

Quien comete una falta, una infracción o un hecho ilícito con motivo del ejercicio de su profesión, de la ejecución de una técnica o de la práctica de un recurso médico, estará obligado a responder, primero, ante su propia conciencia — responsabilidad moral—, y posteriormente ante los demás, esto es: la responsabilidad legal.

En el orden jurídico nacional coexisten diversas formas de responsabilidad, las cuales se distinguen según su naturaleza y los efectos normativos que cada una de ellas trae consigo. Surgen así los conceptos de responsabilidad penal, civil y administrativa. (5).

La responsabilidad de índole jurídica a cargo de la persona es producto de su conducta, positiva ( acción) o negativa (inercia u omisión) indebida, ilícita, ilegal o antijurídica, que ocasiona una consecuencia o resultado perjudicial, esto es, afecta un derecho o lesiona un bien jurídico, además de requerirse la existencia de una relación causal entre esa conducta activa u omisiva y el resultado dañino, la cual permita atribuir este resultado a la conducta de la persona (5).

La ley Federal de Servidores Públicos establece que:

*Artículo 10.- En las dependencias y entidades se establecerán unidades específicas, a las que el público tenga fácil acceso, para que cualquier interesado pueda presentar quejas o denuncias por incumplimiento de las obligaciones de los servidores públicos.*

El Código Penal Federal en el artículo 228 refiere que: *Los profesionistas, artistas o técnicos y sus auxiliares serán responsables de los delitos que cometan en el ejercicio de su profesión, en los términos siguientes y sin perjuicio de las prevenciones contenidas en la Ley General de Salud o en otras normas sobre el ejercicio profesional, en su caso:*

*Además de las sanciones fijadas para los 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 el caso de reincidencia; y*

*Estarán obligados a la reparación del daño por sus actos propios o por los de sus auxiliares, cuando éstos obren de acuerdo con las instrucciones de aquellos.*

El artículo 229 amplía el tema mencionando que: El artículo anterior se aplicará a los médicos que habiendo otorgado responsiva para hacerse cargo de la atención de un lesionado o enfermo, lo abandonen en su tratamiento sin causa justificada y sin dar aviso inmediato a la autoridad correspondiente.

## Ética y Psiquiatría

La psiquiatría ha sido sometida a lo largo de su historia a la influencia de la cultura dominante y al clima social de cada época, durante siglos se desarrollaron concepciones que tendían a relacionar la enfermedad mental con un error,, con una falta o con un pecado, haciendo víctimas a quienes sufrían algún trastorno mental de tratos inadecuados, como reacción nació la psiquiatría humanística a finales del siglo XVIII, promovida entre otros por Pinel y Esquirol. El psiquiatra esta obligado a adquirir una sólida formación humanística, al mismo tiempo suficiente competencia científica.

Los principios éticos de la medicina se han recopilado a lo largo de la historia en códigos y juramentos, el más conocido es tal vez el Juramento Hipocrático, cuyo aspecto ético principal menciona que el médico debe actuar siempre en beneficio del paciente, el cual se basa en dos componentes "*no haré daño...*" y "*actuaré en beneficio del enfermo...*". Ambos preceptos continúan vigentes pero en ocasiones no queda bien claro si lo que se proporciona al paciente mediante la atención médica es realmente un beneficio. Consideremos como ejemplo un paciente con cáncer, a quien se somete a una cirugía radical en la cual se mutila parte de su cuerpo para extirpar el mal que le afecta. Se ha salvado una vida, sin embargo es muy probable que la calidad de vida del paciente quede severamente afectada, desde esta otra perspectiva, ¿Qué tanto bien hemos hecho a este paciente?. El médico no es dueño de la vida de sus pacientes, ni tampoco de sus decisiones. Problemas como éste ocasionan confusiones desde el punto de vista ético, encontrando solución de acuerdo a la corriente ética que analice el problema, no así cuando es tratado por el derecho, en que no se puede caer en la ambivalencia entre lo permitido y lo no permitido.

En 1997 se presentó en la XV Reunión Nacional de la Asociación Psiquiátrica Mexicana un Código Deontológico (34). Este código trata de aplicar los principios éticos al campo de la psiquiatría, teniendo en cuenta características especiales de esta rama de la medicina, como el considerar que los pacientes que sufren una trastorno mental, en menor o mayor proporción, son afectados de funciones mentales que pueden afectar de manera trascendente las decisiones que pueda tomar.

Algunos conceptos básicos que conviene precisar para un buen entendimiento del tema son:

Moral es un conjunto de normas y reglas para regular relaciones entre hombres con bases en ciertas nociones del bien y el mal y la ética es una parte de la filosofía es un quehacer reflexivo y conciente sobre las normas, principios y valores morales. La ética es la disciplina filosófica y más propiamente, axiológica, que se ocupa del estudio de los valores bueno-malo (8).

Deontología, es la aplicación de la ética al ejercicio de una profesión (12).

La bioética es la respuesta a la crisis de valores generada por la conversión paulatina de la medicina en ciencia y por los campos de acción que dicha ciencia abre día a día a la práctica médica.

El término fue creado en 1970 por el oncólogo Estadounidense Rensselaer Potter, estableciendo un vínculo entre ciencias y humanidades. Es el estudio sistemático de la conducta humana en el ámbito de las ciencias de la vida y de la salud analizadas a la luz de los principios y valores morales. Según el Filósofo Heidegger, la bioética se refiere a la aplicación de la ética a las ciencias de la vida (12).

Se puede afirmar que la bioética es un área de reflexión filosófica sobre las implicaciones éticas de las relaciones entre el hombre y el fenómeno de la vida en general y de la vida humana en particular (24).

La bioética aplicada a la medicina tiene tres principios fundamentales que son (32):

- I. El de beneficencia, entendido como hacer bien al enfermo por medio de la ciencia médica;
- II. El de autonomía, conceptualizado como la capacidad de decisión del paciente y como el respeto a la persona, a sus propias convicciones, opciones y elecciones y;
- III. El principio de justicia, referente a la igualdad en el otorgamiento de recursos, sin que se pueda justificar discriminación alguna basada en criterios económicos, sociales, raciales o religiosos.

En cuanto al principio de "Beneficencia", este término es ambiguo pues no existe un criterio universal de lo que es bueno o no. La hospitalización de una paciente deprimida, buscando una vigilancia estrecha de la evolución de los síntomas, el asegurar el suministro de los medicamentos y evitar el posible riesgo de daños a su integridad, aunque este internamiento haya sido llevado a cabo en contra de la voluntad de la paciente, desde un punto de vista paternalista sería "bueno" por el fin que persigue, no así visto por otras corrientes filosóficas, como el Kantismo, donde lo más importante sería la decisión de la paciente, aun por encima de los riesgos que esto implique. En este caso no queda duda de la buena voluntad del médico, pero no conlleva a que para la paciente el sentido de "bueno" sea el mismo.

La "Autonomía", es un tema importante en el área psiquiátrica, pues el tipo de pacientes con que trata, frecuentemente están afectados en esta facultad, siendo los familiares o el representante legal, los encargados de decidir en lugar del paciente. Pero a partir de que punto podemos decir que el paciente tiene o no la capacidad de ejercer esta autonomía. ¿Qué tan conveniente es permitir a un paciente con una psicosis crónica el hacerse responsable de sus medicamentos a sabiendas que puede no tomar el tratamiento con esto presentar una exacerbación de sus síntomas?. El no permitirlo atentaría contra su derecho de autonomía y nos haría nuevamente caer en un paternalismo, pero al permitirlo se correría el riesgo de recaídas.

Tanto para el ejercicio del principio de "Beneficencia" como para el de "Autonomía", en pacientes afectados por trastornos psiquiátricos, el proporcionar los medios para llevarlos a cabo, dependerá en gran parte del propio criterio del clínico, lo deja ver la importancia de una formación ética adecuada. Para algunos autores (24, 34), el médico ha abandonado el ejercicio de la ética, ejerciendo más bien una moral médica, con lo que ha dejado de lado el ejercicio reflexivo que implica la primera y dificultando toma de decisiones que implican no solo lo que es adecuado para el médico, sino también para el paciente.

En lo referente al principio de "Justicia", la igualdad en el otorgamiento de recursos es aun ideal ficticio. La Organización Mundial de Salud (OMS) recomienda la presencia de un psiquiatra por cada 10,000 habitantes, de acuerdo a esta misma organización, los países subdesarrollados tienen en promedio un psiquiatra por cada 100,000 habitantes. La Secretaría de Salud en México brinda servicios a la población abierta, las unidades que cuentan con el servicio de psiquiatría habitualmente se localizan en grandes urbes, de difícil acceso a quienes proceden de provincias alejadas, habiendo incluso estados que carecen al menos de una institución encargada del cuidado de la salud mental.

### **Niveles de Responsabilidad**

Podemos dividir la responsabilidad en tres niveles correspondientes a (1):

1. Responsabilidad administrativa;
2. Responsabilidad institucional y;
3. Responsabilidad médica.

En cuanto a la responsabilidad administrativa esta encargada de la planificación correcta de la asistencia sanitaria, poniendo en disposición los medios necesarios a efecto sin riesgos. En materia psiquiátrica, por ejemplo, sería cuestionable el reducir el número de camas hospitalarias dedicadas a pacientes crónicos, egresándolos de los nosocomios sin que exista suficientes estructuras extrahospitalarias en que estos pacientes puedan continuar una adecuada supervisión y control de su tratamiento.

En la responsabilidad institucional se da conjuntamente la responsabilidad del médico y su equipo así como de la institución o sus representantes, siendo ejemplo de situaciones que pueden generar esta responsabilidad; falta de asistencia, falta de seguridad y falta de calidad asistencial. Es exigible a la institución que el médico que pone al servicio del paciente, disponga de los conocimientos y pericia suficiente y disponga de los medios necesarios para realizar su trabajo. El conocimiento de los fallos ya sea materiales o en el personal y su no comunicación al responsable de la institución, puede llevar al médico a ser corresponsable junto con la institución.

En cuanto a la responsabilidad médica, de forma individual debe responder de sus actos profesionales cuando estos no son adecuados y pueden ser considerados como mal praxis.

En el presente trabajo nos enfocaremos en lo que atañe a la responsabilidad médica, aunque con frecuencia en un acto de *mal praxis* se abarca no solo un tipo de responsabilidad o es difícil delimitar donde termina una e inicia otra. Dentro de la responsabilidad en que puede incurrir el médico puede ser de tipo administrativa, moral, civil y penal.

## **Responsabilidad Civil**

Se entiende como responsabilidad civil la obligación de responder ante los demás, por actos propios o de quienes se encuentren a nuestro servicio según las pautas marcadas por la ley civil, penal, de profesiones, etc.

Existe una responsabilidad civil contractual derivada de una relación previa entre el médico y el paciente a través de un contrato de quien da y quien recibe la prestación, ya sea verbal o escrita. Derivada de esta relación el médico acepta y se compromete a llevar a cabo su trabajo profesional, con una serie de contraprestaciones y que le dan derecho a reclamar honorarios a cambio de sus servicios.

Otra responsabilidad es la denominada extracontractual que se genera sin la existencia de ningún compromiso contractual, la prestación se hace en calidad de "intermediario" o cuando la ley indique una obligación.

En cualquiera de las dos modalidades la responsabilidad civil se puede presentar como aislada o como consecuencia de otras responsabilidades.

## **Tipos de Contrato**

*Los convenios que producen o transfieren obligaciones toman el nombre de contratos (Código Civil Federal artículo 1793) mientras convenio se define como el acuerdo de dos o más personas para crear, transferir, modificar o extinguir obligaciones (Código Civil Federal artículo 1792).*

El contrato existe desde que una o varias personas consienten en obligarse respecto de otras, a dar lugar en este caso a la prestación de un servicio.

En el código civil el contrato para la prestación de servicios médicos se considera como un contrato de prestación de servicios profesionales. Es además un contrato de medios consistente en proporcionar los recursos según las necesidades del paciente, salvaguardando a la vez los principios éticos y científicos de la profesión. Al no ser la medicina una ciencia exacta, no se puede hablar de un contrato de resultados, que por otra parte dependen de múltiples factores, incluso ajenos al equipo médico, lo que impide hablar de resultados

precisos. Sin embargo, aun no pudiéndose hablar de un contrato de resultados, si es posible hablar de "medios", es decir, el procedimiento seguido en el tratamiento de un paciente, la adecuada utilización de fármacos, métodos diagnósticos y terapéuticos y todas las posibilidades que influyen en el bienestar del paciente.

La mayor parte de los contratos que se hacen en la práctica de la medicina son de carácter verbal, pero este es tan válido como el escrito, tan sólo que resulta mucho más difícil de establecer a posteriori las condiciones y el alcance del mismo.

*Para la existencia de un contrato se requiere de: 1. Consentimiento; 2. objeto o fin que pueda ser material del contrato (Código Civil artículo 1794).*

*El consentimiento puede ser expreso o tácito. Es expreso cuando se manifiesta verbalmente, por escrito o por signos inequívocos. El tácito resultará de hechos o de actos que lo presupongan o que autoricen a presumirlo, excepto en los casos en que por ley o por convenio la voluntad deba manifestarse expresamente (Código Civil artículo 1803).*

*Son objeto de contrato: 1. La cosa que el obligado debe dar y; 2. El hecho que el obligado debe hacer o dejar de hacer (Código Civil artículo 1824). El hecho del contrato debe ser: 1. Posible y; 2. Lícito.*

*Los contratos se perfeccionan por el mero consentimiento; excepto aquellos que deban revestir una forma establecida por la ley. Desde que se perfeccionan obligan a los contratantes no sólo al cumplimiento de lo expresamente pactado, sino también a las consecuencias que, según su naturaleza, son conforme a la buena fe, al uso o a la ley (Código Civil artículo 1796).*

*El contrato puede ser invalidado:*

- 1. Por incapacidad legal de las partes o de una de ellas;*
- 2. Por vicios del consentimiento (Error, violencia, sorprendido por dolo; Código Civil artículo 1812);*
- 3. Por que su objeto, su motivo o su fin sea ilícito y ; 4. Por que el consentimiento no se haya manifestado en la forma que la ley lo establece (Código Civil artículo 1795).*

El médico tiene el deber de informar al paciente de manera veraz y oportuna sobre su estado de salud así como sobre las acciones a realizarse, que a su vez es un derecho del paciente, bajo éstos preceptos surgen tres puntos a considerar:

- El consentimiento bajo información
- El problema de decir la verdad al paciente
- La confidencialidad y secreto profesional

## **Autorización y Consentimiento Bajo Información**

Éste término se utilizó por primera vez en 1957, estableciéndose desde entonces que no es posible que un paciente emita un consentimiento realmente válido a un determinado procedimiento diagnóstico si no ha recibido una cierta cantidad de información sobre ese procedimiento, de tal forma que pueda tomar una decisión conciente y libre.

Las autorizaciones y el consentimiento bajo información son los documentos mediante los cuales ya sea el paciente o sus familiares otorgan la aprobación al médico o institución con la finalidad de aceptar la atención y de que se realicen los procedimientos diagnósticos, médicos o quirúrgicos necesarios una vez que se ha informado de los posibles riesgos y beneficios de estas acciones.

Éstas autorizaciones tiene sustento legal en las disposiciones para prestación de servicios profesionales, materia el código civil y la ley general de salud, señalado además en materia penal por que debe recabarse autorización en ciertos procedimientos. Son necesarias en múltiples procedimientos que incluyen ingreso a unidades de salud.

El hecho de que el médico no informe al paciente o no lo haga participe en la toma de decisiones, no quiere decir que su intención sea mala, al contrario lo hace por que considera que proporciona un bien de acuerdo al "principio de beneficencia", pero se restringía el acceso a la información, sólo el médico conocía el "arte" y únicamente él sabía lo que había que hacer para restablecer la salud, era impensable que el enfermo tuviera que decir algo al respecto, y sólo podía, y debía, obedecer a todo lo que el médico prescribiera. Kant es artífice del cambio que afirma que la ley moral no puede provenir de fuera del sujeto, sino que es el propio hombre, actuando racionalmente, el que tiene que dársela a si mismo. El renacentista principio de tolerancia va a convertirse así en principio de autonomía (27).

## **Elementos Básicos de la Teoría del Consentimiento Bajo Información.**

Lo primero a señalar es que el consentimiento informado es un proceso y no un acontecimiento aislado en el seno de la relación médico-paciente. El segundo elemento importante del consentimiento informado es la voluntariedad. Un tercer elemento esencial es la información en cantidad suficiente sobre naturaleza del procedimiento, riesgos, efectos secundarios, alternativas, beneficios. El cuarto elemento del consentimiento informado es la comprensibilidad de la información, utilizando un lenguaje asequible al paciente, garantizándose su comprensión. El quinto aspecto fundamental es la capacidad o competencia del sujeto, crucial pues si un paciente es considerado incompetente o incapaz, se le retira el derecho de tomar decisiones respecto a sí mismo y son otros los que toman las decisiones. La competencia podría definirse como la aptitud del sujeto de comprender la situación a que se enfrenta, los valores que están en juego y los cursos de acción posibles con las consecuencias previsibles y

a continuación tomar, expresar y defender una decisión que sea coherente con su escala de valores. El sexto y último elemento básico es la decisión. El paciente competente decide libremente si consiente o rechaza aquello que se le propone.

Al respecto la Ley General de Salud en su artículo 100, fracción IV señala que: *Se deberá contar con el consentimiento por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquél, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud. En ausencia del médico tratante, esto es obligación de los responsables del establecimiento*

El artículo 29 de la Ley General de Salud en su reglamento de prestación de servicios de salud dice:

*Todo profesional de la salud estará obligado a proporcionar al usuario y en su caso a sus familiares, tutor o representante legal, información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento correspondiente.*

El Código Nacional de Bioética, presentado en marzo de 2002 por la Comisión Nacional de Bioética (39), refiere en su capítulo V, artículo 32:

*32.- El paciente tiene derecho a que se respete su decisión de aceptar o no cualquier procedimiento de diagnóstico o tratamiento. Este precepto debe aplicarse a los niños, ancianos, o pacientes con trastornos mentales leves, si su estado de madurez y lucidez es apropiado para tomar la decisión correspondiente. Su aceptación en estos casos debe ser ratificada por los padres, tutores o responsables.*

El consentimiento bajo información además de un documento es un acto en que se proporciona al paciente o a los responsables del mismo una información detallada sobre su padecimiento, así como de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos necesarios los riesgos y posibles complicaciones de dichos procedimientos para que de una manera libre decida aceptarlos o rechazarlos.

La ley General de Salud en su artículo 80 en su reglamento correspondiente a Prestación de Servicios de Atención Médica señala que: *En todo hospital y siempre que el estado del paciente lo permita, deberá recabarse a su ingreso autorización escrita y firmada para practicarle, con fines diagnósticos o terapéuticos, los procedimientos médico quirúrgicos necesarios de acuerdo al padecimiento de que se trate, debiendo informarle claramente el tipo de documento que se le presenta para su firma.*

En casos de urgencia o cuando el paciente se encuentra en estado de incapacidad, tendrá que ser suscrito por familiares o representante legal. Cuando no es posible obtenerla en ninguno de estos casos y se trate de una urgencia valorada por dos médicos del hospital, estos deben dejar constancia en el expediente y de considerarlo necesario notificar al Ministerio Público.

El artículo 82 señala que la autorización debe contener los siguientes datos:

- I. *Nombre de la institución a la que pertenezca el hospital*
- II. *Nombre, razón o denominación social del hospital*
- III. *Lugar y fecha*
- IV. *Nombre y firma de la persona que otorgue la autorización y*
- V. *Nombre y firma de los testigos*

En cuanto al alta voluntaria también es contemplada por la legislación en el artículo el artículo 79 señala que: *En caso de egreso voluntario, aun en contra de la recomendación médica, el usuario en su caso, un familiar, el tutor o su representante legal, deberán firmar un documento en que se expresen claramente las razones que motivan el egreso, mismo que igualmente deberá ser suscrito por lo menos por dos testigos idóneos, de los cuales uno será designado por el hospital y otro por el usuario o la persona que en representación emita el documento.*

En todo caso, el documento a que se refiere el párrafo anterior relevará de responsabilidad al establecimiento y se emitirá por duplicado, quedando un ejemplar en poder del mismo y otro se proporcionará al usuario.

## **Procedimientos Civiles**

A continuación se describe brevemente los procedimientos civiles a realizarse en cualquier tipo de demanda, incluyendo las relacionadas con la responsabilidad médica:

**Demanda:** Es el proceso mediante el cual una persona que se constituye como actora o demandante formula su pretensión, expresando las causas en las que la funda, ante un juez civil. Con ello se inicia un proceso que culminará con la sentencia.

**Contestación de demanda:** Acto procesal mediante el que se da contestación a la parte demandante sobre sus pretensiones debiéndose responder a cada uno de los puntos de hechos que el mismo exponga en su demanda.

**Término probatorio:** Periodo durante el cual demandante y demandado ofrecen al juzgador los medios para su convencimiento, pueden ser confesionales, testimoniales, documentales privados o públicos, periciales, etcétera. Es en este punto donde se establecen los alegatos ( en algunas legislaciones locales o estatales no existe este periodo por lo que debe tenerse precaución al efectuar la contestación pues es en este momento que deben ofrecerse las pruebas).

**Sentencia:** Resolución que pronuncia el juez.

**Sentencia ejecutoria:** Cumplimiento de la obligación que procede de la anterior.

Queda el recurso de apelación en el caso de no convenir la sentencia u otras resoluciones para alguna o ambas partes involucradas. Si aún así hay inconformidad, existe el recurso de amparo y la revisión del mismo como última defensa en caso de diferencias en la interpretación.

Los juicios por responsabilidad civil de manera exclusiva son escasos, se presentan generalmente por cobros exagerados, diferencias en los pagos obligación no cumplida en la prestación de un servicio o bien o en algunos casos con la inconformidad con los resultados ( cirugía estética). Ante el sentimiento de que por impericia o negligencia se produjo lesión o muerte se procede por la vía penal.

## **Responsabilidad Penal**

La responsabilidad penal se define como la obligación de responder ante la sociedad y ante los demás cuando, por la realización de una conducta determinada, se produzca un resultado tipificado en el código penal como delito, entendiéndose como delito, de acuerdo al Código Penal como el acto u omisión que sancionan las leyes penales. De acuerdo al Dr. Martínez Murillo (11) para que exista un delito en el ejercicio profesional existen tres requisitos

1. Una acción u omisión de los actos médicos
2. Un mal o daño efectivo y concreto, y
3. Una relación de causa efecto

La acción u omisión se entiende como las faltas médicas que son negligencia, impericia, imprudencia, precipitación e inobservancia de las normas jurídicas.

La negligencia se define como la omisión al cumplimiento de un deber, a sabiendas de ello y teniendo los recursos necesarios para hacerlo.

La impericia consiste en la realización de actos con una carencia de conocimientos técnicos, científicos o destreza suficiente para realizar el procedimiento o cualquier otro acto relacionado con el ejercicio profesional, mismo que debe exigirse, de acuerdo con el grado académico real del profesional.

Imprudencia, en la concepción más simplista, no es más que la falta de prudencia, entendiéndose como tal la cordura, templanza y moderación en las acciones.

Precipitación es la actuación apresurada, cuando se cuenta con el tiempo suficiente para precisar los procedimientos diagnósticos o terapéuticos necesarios, sean médicos o quirúrgicos.

La inobservancia de las normas sucede cuando no se realiza lo que al respecto indique la normatividad o la legislación de cualquier tipo.

En cuanto al daño o mal efectivo y concreto, éste sucede cuando a consecuencia de cualquiera de las faltas anteriores se presume que una complicación es derivada de éstas.

En el aspecto de una relación causa efecto, se demuestra mediante el procedimiento de investigación correspondiente, cuando por el resultado de la acción u omisión constituida como falta médica se produjo un mal efectivo y concreto. En éste caso se finca la responsabilidad profesional de los participantes.

El artículo 8 del Código Penal señala que: *Las acciones u omisiones delictivas solamente pueden realizarse dolosa o culposamente.*

Delitos dolosos, es decir, aquel que el acto realizado constituye una violación a la ley penal, conciente el autor del resultado, al que acompaña la manifestación deliberada de su voluntad, que conociendo los elementos del tipo penal o previendo como posible resultado el típico, quiere o acepta la realización del hecho descrito por la ley y que originan un daño como el prescribir drogas con fines no terapéuticos, se obra con malicia.

Delitos culposos o sin intencionalidad, produciendo un resultado típico, que no previó siendo previsible o previó confiando en que no se produciría, en virtud a la violación a un deber de cuidado, que debía y podía observar según las circunstancias y condiciones personales, el resultado por tanto no es acompañado de la voluntad.

El concepto doctrinal de la culpa descansa en un error relacionado con la manifestación de voluntad o con el conocimiento defectuoso de los elementos esenciales del hecho. El error tipifica la culpa cuando hubiera podido y debido ser evitada; de ahí la diferencia con los casos fortuitos, pues en efecto lo imprevisto puede haber sido previsible o imprevisible, según la ignorancia o el error sean vencibles o invencibles. De lo imprevisto por imprevisible nadie es culpable; las consecuencias que esta clase de hechos puedan producir constituyen un caso fortuito, del que a nadie se puede responsabilizar.

Lo previsible supone, por el contrario, que no se ha puesto toda la diligencia debida en examinar las consecuencias del acto, es decir, que ha existido negligencia en no prever lo que ha podido preverse.

La negligencia integra la culpa y consta por consiguiente de dos elementos: uno, la falta de voluntad o de intención para producir el mal, la ausencia de malicia o dolo; otro elemento es la falta de precaución en la manifestación de la voluntad, esto es, el desprecio del cuidado requerido por el orden jurídico y exigido por el estado de las circunstancias.

En cuanto a la existencia de excluyentes se indican en algunos incisos del artículo 15 del Código Penal Federal que señala:

*El delito se excluye cuando:*

- I. *El hecho se realice sin intervención de la voluntad del agente,*
- II. *Se demuestre la inexistencia de alguno de los elementos que integran la descripción típica del delito de que se trate;*
- III. *Se actúe con el consentimiento del titular del bien jurídico afectado, siempre que se llenen los siguientes requisitos;*
  - a) *que el bien jurídico sea disponible;*
  - b) *que el titular del bien tenga la capacidad jurídica para disponer libremente del mismo; y*
  - c) *que el consentimiento sea expreso o tácito y sin que medie algún vicio; o bien, que el hecho se realice en circunstancias tales que permitan fundadamente presumir que, de haberse consultado al titular, éste Se hubiese otorgado el mismo;*
- IV. *Se repela una agresión real, actual o inminente, y sin derecho, en protección de bienes jurídicos propios o ajenos, siempre que exista necesidad de la defensa y racionalidad de los medios empleados y no medie provocación dolosa suficiente e inmediata por parte del agredido o de la persona a quien se defiende.*

*Se presumirá como defensa legítima, salvo prueba en contrario, el hecho de causar daño a quien por cualquier medio trata de penetrar, sin derecho, al hogar del agente, al de su familia, a sus dependencias, o a los de cualquier persona que tenga la obligación de defender, al sitio donde se encuentren bienes propios o ajenos respecto de los que exista la misma obligación; o bien, lo encuentre en alguno de aquellos lugares en circunstancias tales que revelen la probabilidad de una agresión;*
- VI. *Se obre por la necesidad de salvaguardar un bien jurídico propio o ajeno, de un peligro real, actual o inminente, no ocasionado dolosamente por el agente, lesionando otro bien de menor o igual valor que el salvaguardado, siempre que el peligro no sea evitable por otros medios y el agente no tuviere el deber jurídico de afrontarlo;*
- VII. *La acción o la omisión se realicen en cumplimiento de un deber jurídico o en ejercicio de un derecho, siempre que exista necesidad racional del medio empleado para cumplir el deber o ejercer el derecho y que este último no se realice con el solo propósito de perjudicar a otro;*
- VIII. *Al momento de realizar el hecho típico el agente no tenga la capacidad de comprender el carácter del ilícito de aquél o de conducirse de acuerdo con esa comprensión, en virtud de padecer trastorno mental o desarrollo intelectual retardado, a no ser que el agente hubiere*

*provocado su trastorno mental dolosa o culposamente, en cuyo caso responderá por el resultado típico siempre y cuando lo haya previsto o le fuere previsible.*

*Cuando la capacidad a que se refiere el párrafo anterior, sólo se encuentre considerablemente disminuida, se estará a lo dispuesto en el artículo 69-Bis de este Código;*

- VIII. *Se realice la acción o la omisión bajo un error invencible;*
- a) *sobre alguno de los elementos esenciales que integran el tipo penal;*  
o
  - b) *respecto a la ilicitud de la conducta, ya sea por que el sujeto desconozca la existencia de la ley o el alcance de la misma. O por que crea que está justificada su conducta;*  
*Si los errores a que se refieren los incisos anteriores son vencibles, se estará a lo dispuesto por el artículo 66 de este Código;*
- IX. *Atentas las circunstancias que concurren en la realización de una conducta ilícita, no sea racionalmente exigible al agente una conducta diversa a la que realizó, en virtud de no haberse podido determinar un actuar conforme a derecho; o*
- X. *El resultado típico se produce por caso fortuito*

Artículo 69 bis.- Si la capacidad del autor, de comprender el carácter ilícito del hecho o de determinarse de acuerdo con esa comprensión, solo se encuentra disminuida por las causas señaladas en la fracción vii del artículo 15 de este código, a juicio del juzgador, según proceda, se le impondrá hasta dos terceras partes de la pena que correspondería al delito cometido, o la medida de seguridad a que se refiere el artículo 67 o bien ambas, en caso de ser necesario, tomando en cuenta el grado de afectación de la imputabilidad del autor.

Los psiquiatras con frecuencia indican medicamentos que tienen la posibilidad de crear adicción (principalmente benzodiazepinas), por lo que la normativa para la utilización de los mismos es contemplada en el Código Penal y en la Ley General de Salud;

El artículo 193 del Código Penal trata sobre el tráfico de drogas: *Se consideran narcóticos a los estupefacientes, psicotrópicos y demás sustancias o vegetales que determine la Ley General de Salud, los convenios y tratados internacionales de observancia obligatoria en México y los que señalen las demás disposiciones legales aplicables en la materia. Para los efectos de éste capítulo, son punibles las conductas que se relacionan con los estupefacientes, psicotrópicos y demás sustancias previstos en los artículos 237, 245, fracciones I, II y III y 248 de la Ley General de Salud, que constituyen un problema grave para la salud pública.*

El artículo 194 señala que; *Se impondrá de diez a veinticinco años y de cien hasta quinientos días al que: I. Produzca, transporte, trafique, comercie, suministre aun gratuitamente o prescriba alguno de los narcóticos señalados en el artículo anterior, sin la autorización correspondiente a que se refiere la Ley General de Salud.*

*Las mismas penas previstas en éste artículo y además, privación del cargo o comisión e inhabilitación para ocupar otro hasta por cinco años, se impondrá al servidor público que, en ejercicio de sus funciones o aprovechando su cargo, permita, autorice o tolere cualesquiera de las conductas señaladas en éste artículo.*

En complemento con el artículo anterior, el artículo 196 fracción V señala que: Las penas que en su caso resulten aplicables por los delitos previstos en el artículo 194 serán aumentadas en una mitad cuando:

- IV. *La conducta sea realizada por profesionales, técnicos, auxiliares o personal relacionado con las disciplinas de la salud en cualquiera de sus ramas y se valgan de esa situación para cometerlos. En este caso se impondrá, además, suspensión de derechos o funciones para el ejercicio profesional u oficio hasta por cinco años de inhabilitación hasta por un tiempo equivalente al de la prisión impuesta.*

Otra situación que debe ser valorada, en especial en el área psiquiátrica, es la estancia de un paciente hospitalizado. Reviste importancia por el hecho de que en la mayoría de pacientes en una unidad psiquiátrica, el internamiento se efectuó con autorización de algún familiar o representante legal y en contra de la voluntad del paciente, quien puede considerar injustificada la estancia en dicha unidad y solicitar su egreso, que dependerá de su mejoría y por tanto de su capacidad en tomar una decisión adecuada a juicio de su médico tratante. En otro caso la voluntad para solicitar el alta por parte del familiar o de quien autorizó el internamiento debe ser respetada a pesar del riesgo que implique. El artículo 230 del Código Penal señala: *Se impondrá prisión de tres meses a dos años, hasta cien días de multa y suspensión de tres meses a un año a juicio de juzgador, a los directores, encargados o administradores de cualquier centro de salud, cuando incurran en alguno de los casos siguientes:*

- I. *Impedir la salida de un paciente, cuando éste o sus familiares lo solicites, aduciendo adeudos de cualquier índole;*
- II. *Retener sin necesidad a un recién nacido, por los motivos a que se refiere la parte final de la fracción anterior;*
- III. *Retardar o negar por cualquier motivo la entrega de un cadáver, excepto cuando se requiera orden de autoridad competente.*

*La misma sanción se impondrá a los encargados o administradores de agencias funerarias que retarden o nieguen indebidamente la entrega de un cadáver, e igualmente a los encargados, empleados o dependientes de una*

*farmacia, que al surtir una receta sustituyan la medicina específicamente recetada por otra que cause daño o sea evidentemente inapropiada al padecimiento para el cual se prescribió.*

## **Procedimientos Penales**

En el artículo primero del Código de procedimientos penales se señala los diferentes procedimientos que dicho Código trata y que son:

*I. El de averiguación previa a la consignación a los tribunales, que establece las diligencias legalmente necesarias para que el Ministerio Público pueda resolver si ejercita o no la acción penal;*

*II. El de preinstrucción, en que se realizan las actuaciones para determinar los hechos materia de proceso, la clasificación de éstos, conforme al tipo penal aplicable y la probable responsabilidad del inculpado, o bien, en su caso, la libertad de éste por falta de elementos para procesar,*

Consignado ante el juez, éste valora los elementos que integran la averiguación previa y a petición del Ministerio Público, libra la orden de aprehensión o comparecencia de acuerdo a si la pena es prisión o es alternativa, es decir, existe la opción de que se aplique la multa de modo alternativo. Recibida la averiguación previa se dicta un auto de radicación del proceso donde ésta autoridad hace saber al Ministerio Público, al acusado y a su defensor que se encuentran sujetos a su potestad para efectos del proceso. Es en ésta etapa que se toma la declaración preparatoria al acusado y se le indica el motivo de su detención. Éste proceso comprende desde el auto de radicación hasta la determinación de la situación jurídica.

*III. El de instrucción que abarca las diligencias practicadas ante y por los tribunales con el fin de averiguar y probar la existencia del delito, las circunstancias en que hubiese sido cometido y las peculiares del inculpado, así como la responsabilidad o irresponsabilidad penal de éste.*

Ésta etapa la realiza el juez de primera instancia y durante ella el Ministerio Público precisa su pretensión y el procesado los elementos para su defensa ante el tribunal. Éste valora las pruebas y pronuncia sentencia definitiva. Es el momento procesal en el cual la defensa del indiciado ofrece los elementos probatorios, dictámenes médicos, análisis del expediente y de sus actuaciones. Se presentan la declaración, testimoniales, dictámenes médicos, expediente clínico que igual ayuda como complica el caso si no esta legible o conforme el orden que dicta la normatividad sanitaria.

*IV. El de primera instancia, durante el cual el Ministerio Público precisa su pretensión y el procesado su defensa ante el tribunal, y éste valora las pruebas y pronuncia sentencia definitiva;*

En la ejecución de sentencia, el Poder Ejecutivo, por conducto del órgano que la ley determine, ejecuta las penas y medidas de seguridad decretadas en las sentencias hasta su extinción, comprendiendo desde el momento en que cause ejecutoria la sentencia de los tribunales hasta la extinción de las sanciones aplicadas.

*V. El de segunda instancia ante los tribunales de apelación, en que se efectúan las diligencias y actos tendientes a resolver los recursos;*

Las sentencias o algunos autos pueden apelarse ante la segunda instancia, que es un tribunal superior, en el que se efectúan las diligencias y actos tendientes a resolver los recursos interpuestos, como es el caso de la apelación.

La apelación, que se lleva a cabo en el tribunal de segunda instancia o de "Apelación", el cual puede modificar la sentencia, ratificarla e incluso revocarla.

Si se considera que se vulnera las garantías individuales otorgadas por la Constitución Política como son el derecho a juicio justo y las consecuencias que de esto emanen, se puede promover un juicio de amparo, donde los tribunales federales resolverán acerca del asunto.

*VI. El de ejecución que comprende desde el momento en que cause ejecutoria la sentencia de los tribunales hasta la extinción de las sanciones aplicadas, y;*

*VII. Los relativos a los inimputables, a menores y a quienes tiene el hábito o la necesidad de consumir estupefacientes o psicotrópicos.*

La autoridad responsable del proceso penal es el Juez de Primera Instancia Del Ramo Penal en cuanto a fuero común o el Juez Penal Federal en cuanto a fuero federal.

Averiguación previa: En este procedimiento, el Ministerio Público es la autoridad facultada para realizar las diligencias necesarias para evidenciar y recabar los elementos que integran el delito, las cuales incluyen la ratificación de la denuncia o querrela, declaración de testigos o indicados, exámenes periciales concernientes al caso, etcétera. De no encontrarse los elementos del delito no se ejerce la acción penal, de lo contrario, se realiza la consignación ante un juez penal, para dar inicio al proceso penal.

El artículo 2 del Código de Procedimientos penales señala que: *Compete al Ministerio Público llevar a cabo la averiguación previa y en su caso la acción penal ante los tribunales.*

*En la averiguación previa, corresponde al Ministerio Público:*

- I. Recibir las denuncias, acusaciones o querellas que se le presenten en forma oral o por escrito sobre los hechos que puedan constituir un delito;*

- II. *Practicar y ordenar la realización de todos los actos conducentes a la comprobación de los elementos del tipo penal y a la demostración de la probable responsabilidad del inculpaado, así como a la reparación del daño;*
- III. *Solicitar a la autoridad jurisdiccional las medidas precautorias de arraigo, aseguramiento o embargo que resulten indispensables para la averiguación previa, así como las ordenes de cateo que proceda;*
- IV. *Acordar la detención o retención de los indiciados cuando así proceda;*
- V. *Dictar las medidas y providencias necesarias para proporcionar seguridad y auxilio a las víctimas;*
- VI. *Asegurar o restituir al ofendido en sus derechos en términos del artículo 38;*
- VII. *Determinar la reserva o el ejercicio de la acción penal;*
- VIII. *Acordar y notificar al ofendido o víctima el no ejercicio de la acción penal y en su caso, resolver sobre la inconformidad que aquellos formulen;*
- IX. *Conceder o revocar, cuando proceda, la libertad provisional del indiciado;*
- X. *En caso procedente promover la conciliación de las partes; y*
- XI. *Las demás que señales las leyes.*

### **Secreto Médico**

La palabra secreto proviene de la raíz latina *secretum*: Aquello que debe estar cuidadosamente reservado u oculto (10). Podemos definir secreto médico como la obligación o deber del médico de no divulgar todo aquello que ha conocido por razón del ejercicio de su profesión, excepto en aquellos casos en que la no revelación suponga un perjuicio para terceras personas.

El respeto a la intimidad es imprescindible en la relación médico paciente. Corresponde a cada uno, con total exclusividad y a nadie más, juzgar aquello que es íntimo y el destino que le quiera dar a su intimidad. Las interrelaciones entre paciente y médico requieren la preservación del secreto para que aquéllas puedan desarrollarse de forma plena y con confianza. No pertenece al médico juzgar aquello que su paciente considera íntimo, ni lo que éste haga con dicha intimidad, por tanto no puede calificar si una cosa es o no importante para poder decidir si se puede o no divulgar. El secreto médico comprende no solo lo que el paciente

confía a su médico, sino además, aquello que ve, descubre o deduce en el ejercicio de la profesión. El paciente revela su intimidad al médico por que sabe que éste tiene la obligación de guardarlo.

En el juramento hipocrático , redactado hace más de 2200 años, uno de los preceptos dice:

“Lo que en el tratamiento, o incluso fuera de él, viere u oyere en relación con la vida de los hombres, aquello que jamás deba divulgarse, lo callaré tratándolo por secreto”.

Es la obligación jurídica, el derecho legal y el deber moral debida a las confidencias que el médico recibe de sus pacientes, cuando actúa como médico, realizadas con vistas de obtener cualquier servicio de los contenidos en ésta profesión.

La relación terapéutica da lugar a que el paciente aporte una información cualitativamente especial, que no afloraría de no ser por el compromiso, explícito o implícito, de que se va a mantener en secreto. A causa de éste compromiso el médico esta obligado a mantener el secreto. El médico debe el secreto al paciente, por lo que debe mantenerlo.

Si no se respetara el secreto médico y se divulgaran las confidencias de los pacientes en el marco de la relación terapéutica, el enfermo no se acercaría a los dispositivos asistenciales.

El secreto puede considerarse relativo en el sentido de la obligación que implica siempre que no medie justa causa; el secreto únicamente podrá ser revelado ante la autoridad o persona que corresponda. Se puede hablar de un secreto compartido, una variante del secreto relativo (Formula auspiciada por la Orden de Médicos de Francia), mediante el cual un médico puede revelar a otro médico un hecho de la profesión que es de su conocimiento, si es de beneficio para el tratamiento o los intereses del paciente.

### **Fundamentos Jurídicos del Secreto Médico.**

Los fundamentos jurídicos del secreto profesional son: El contrato, que representa esencialmente un acuerdo entre las partes; la justa causa, que conforma una condición de valores éticos y legales por los cuales debe responderse que se extiende desde la razón suficiente hasta el estado de necesidad éticamente convalidado y; el orden público que es el conjunto de conductas y reglas destinadas a mantener la organización de una sociedad, el funcionamiento armónico de sus instituciones y la protección de sus bienes jurídicos.

En cuanto a éste tema se refiere el artículo 210 del Código Penal menciona:

*Se impondrán de treinta a doscientas jornadas de trabajo a favor de la comunidad, a quien sin justa causa, con perjuicio de alguien y sin consentimiento de quien pueda resultar perjudicado, revele algún secreto o comunicación reservada que conoce o ha recibido con motivo de su empleo, cargo o puesto.*

Obsérvese que la ley no exige que el daño se produzca efectivamente. El sujeto activo del delito es en nuestro caso profesional el médico, la enfermera, el empleado del hospital cuando toman conocimiento de un hecho. La información que se adquiere acerca de un paciente, ya sea mediante una consulta, la realización de un procedimiento del tipo que fuere, durante su estancia en un internamiento, etcétera, puede ser adquirida de manera incidental tanto por el médico como por cualquier otro integrante del equipo interdisciplinario, pero la forma en que haya adquirido dicho conocimiento o el puesto que desempeñe dentro de una institución, no lo eximen de la obligación que tiene de resguardar la información que ha obtenido.

El artículo 211 del Código Penal agrega que: *la sanción será de uno a cinco años, multa de cincuenta a quinientos pesos y suspensión de profesión en su caso de dos meses a un año cuando la revelación punible se hecha por personas que presta servicios profesionales o técnicos o por funcionario o empleado público, o cuando el secreto revelado o publicado sea de carácter industrial.*

El Código Nacional de Bioética señala en su capítulo III, artículo 16, 17 y 18 señala que:

*16.-La información de la enfermedad de un paciente debe guardarse con confidencialidad, salvo cuando la normatividad epidemiológica determine su notificación o que sea requerida por orden judicial o instancias legales que correspondan.*

*17.- La responsabilidad del manejo confidencial de los expedientes clínicos, escritos o en registros electrónicos, recae en todas aquellas personas que tienen acceso a esa información.*

*18.- Todo paciente tiene derecho a que se le respete su privacidad cuando proporciona información al prestador de servicios, cuando se comunica con sus familiares o cuando su pudor así lo exige. Las instituciones de salud deben contar con los medios para que este precepto se cumpla y el personal cuidará que no se quebrante.*

La Ley Federal de Servidores Públicos en su artículo 8, fracción V refiere:

*V.- Custodiar y cuidar la documentación e información que por razón de su empleo, cargo o comisión, tenga bajo su responsabilidad, e impedir o evitar su uso, sustracción, destrucción, ocultamiento o inutilización indebidos;*

## **Limites del Secreto Médico**

Existen circunstancias que suponen mayores dificultades para establecer los límites del secreto médico; así, por ejemplo, el caso de un médico conocedor de que su paciente con un trastorno depresivo presenta conductas de riesgo para sí mismo, pero que a la vez no desea compartir esta información con terceras personas. ¿Hasta que punto estamos autorizados a contravenir la voluntad del paciente?. En tales casos es el propio criterio del médico que determine hasta que extremo debe guardar el secreto o, al contrario, cuándo debe divulgarlo.

Aun con cierta lesión al interés del paciente, en ocasiones es necesario la revelación del secreto médico. Parece justo la revelación del secreto médico si lo exige el bien común.

La sociedad organizada se ha provisto de normas que obligan al médico a develar el secreto profesional por el bien y seguridad de la propia sociedad.

## **El Problema de Decirle la Verdad al Paciente**

Tanto los individuos sanos como los enfermos tienen derechos morales y derechos propios de la condición humana, cuya observancia es inobjetable (22).

El médico obtiene diariamente información sobre sus pacientes que con frecuencia plantea dificultades en cuanto a su manejo por razones como el grado de certeza que se tiene acerca de la misma (qué tan veraz es el diagnóstico o la manera en que evolucionará una patología determinada) o el impacto que una información desfavorable pueda tener el paciente (cómo reaccionará el paciente y la familia ante el diagnóstico de una patología tan desgastante como la esquizofrenia). El 10% de los pacientes preferirían no saber su diagnóstico si este fuera adverso, el 90% restante consideran que es un derecho saber su diagnóstico (2).

Los sujetos con autoconciencia y en pleno uso de sus facultades tienen la capacidad de elección y decisión, valor fundamental de la ética utilitarista, pero para poder tomar una decisión requiere de información veraz acerca de su situación. El deontologismo o Kantismo (por su principal exponente Emmanuel Kant) tiene como valor fundamental la preservación de la vida, independientemente de la calidad de esta (4, 5).

Desde la perspectiva kantiana, ser veraz es un imperativo categórico a partir de que corresponde a un deber ser vinculado a la voluntad que se le legisla a sí misma, que se determina por la razón, cuyas leyes morales tienen significado de manera absoluta y necesaria.

**Justificación**

La psiquiatría es una rama de la medicina en la que a veces es difícil delimitar hasta que punto pudo haber afectado una intervención inadecuada. No obstante, gracias al continuo avance en los métodos diagnósticos, ha pasado de ser un área en que el subjetivismo dejó de ser un método frecuente para ser una ciencia objetiva, con fundamentos neuroanatómicos, bioquímicos y psicosociales cada vez mejor descritos, lo cual ayuda a una delimitación precisa de la responsabilidad médica.

El interés por este trabajo es resultado de la notoria inconsistencia y deficiente conocimiento de la normativa ética y jurídica en el ejercicio de la medicina, detectada en el ejercicio personal la psiquiatría. Lejos de una crítica rígida, carente de objetivos, consideramos que debe mostrar los puntos a reforzar en la formación del psiquiatra y en su práctica cotidiana.

Haciendo una revisión de los antecedentes en el área de responsabilidad profesional podremos analizar lo que acontece en el momento actual y por ende lo que se puede esperar en un futuro desde un punto de vista objetivo e incluso crítico con el fin de marcar pautas preventivas, evitando así, el incurrir en faltas que involucren algún tipo de responsabilidad.

Parte del conocimiento del psiquiatra abarca lo referente a la conducta humana, lo que hace suponer que al tener una preparación especial para contender o relacionarse con sus pacientes, el psiquiatra es uno de los profesionales de la salud que guardan con mayor grado una relación de alta calidad humanitaria con sus pacientes, lo que debe contribuir a un menor número de procedimientos legales en su contra.

Sin embargo, considerando que en los trastornos mentales se afectan funciones tales como el juicio, la razón, o el estado afectivo, por mencionar algunas, es posible suponer que los problemas en la relación médico-paciente en esta rama de la medicina tengan características especiales, pues en otras áreas la afección es principalmente física, pero sin alterar, al menos de manera importante, la función mental del paciente.

En la pasada década los avances en neurociencias y el desarrollo tecnológico, proporcionan una amplia variedad de recursos para el diagnóstico y el tratamiento, pero simultáneamente, hizo menos admisible un error en cuanto a las pautas terapéuticas a seguir, dando origen a la medicina defensiva, en la cual se abusa de los tecnológicos y terapéuticos. Surgen exigencias tales como el mejor conocimiento de la normativa jurídica, para lo que es necesario estudiar no sólo reglamentos o códigos si no también su funcionamiento en la práctica médica y de manera más específica en la práctica psiquiátrica. De ahí que la importancia del presente trabajo radica en los siguientes puntos:

- I. En primer lugar nos ofrece una revisión de las diferentes leyes y reglamentos que regulan la práctica psiquiátrica en México
- II. Ofrece la estadística sobre los procedimientos legales que han tenido lugar en años recientes en esta institución haciendo factible su comparación con estadísticas de otras ramas de la medicina así como con estudios de otros países
- III. El análisis de los casos nos permite una visión de las situaciones que con mayor frecuencia desencadenan procedimientos legales, de ésta manera contribuye a reconocer causas y efectos de este tipo de casos
- IV. Se analiza la aplicación práctica de aspectos relacionados con la ética y bioética.

Analizar este tipo de casos resulta enriquecedor tanto en el aporte de información como en el planteamiento de disyuntivas en donde confluyen disciplinas como la ética, la moral y la propia normativa jurídica. Desde el punto de vista legal, la normativa está bien establecida en códigos, leyes, normas, etcétera, no así para áreas como la ética, donde existen diferentes corrientes que no siempre son concordantes en sus propuestas.

Este estudio muestra un panorama general de la normativa ética y jurídica en medicina, haciendo énfasis en aspectos que atañen a la psiquiatría, en seguida se plantea la forma de revisión de los casos médico legales que se presentaron en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, en un periodo de dos años y medio. No se localizaron dentro de la revisión bibliográfica estudios en psiquiatría que fueran factibles de comparación, en tal circunstancia el presente tiene además una función de antecedente para estudios sobre la misma línea de trabajo.

### **Material y Métodos**

Este trabajo presenta la revisión de los casos en que, ya sea directamente el paciente, o por medio de su representante, se presenta una queja que involucra al médico o al personal paramédico a su cargo como psicólogos y enfermeras.

Se revisaron un total de 29 casos, correspondientes a las quejas presentadas de enero de 2001 a junio de 2003.

En todos los casos la queja fue realizada por escrito, ya sea ante autoridades del mismo hospital o ante otras instancias (CONAMED, Comisión Nacional de Derechos Humanos, juzgados, etc.). En el total de los expedientes

revisados se tenía una resolución del problema, por lo que no fue necesario la omisión de caso alguno por falta de información.

I. La información recolectada incluyó:

- Datos del paciente
- Sexo
- Edad
- Escolaridad
- Diagnóstico

II. Datos del proceso en sí:

- Motivo de quejas
- Tiempo de duración
- Personal involucrado
- Instituciones involucradas
- Resolución del problema

III. Otros datos:

- Demandante
- Servicio en que se encontraba el paciente
- Turno en que ocurrió el evento motivo de demanda

## Capítulo IV Análisis de los Datos Obtenidos

### Resultados

Los datos fueron recolectados tanto de los documentos utilizados en el procedimiento (Quejas por escrito presentadas por los pacientes, contestaciones a las mismas, documentos emitidos por juzgados, Derechos Humanos, etc.) y del expediente clínico de los pacientes.

El número total de casos revisados fue de 29, de los cuales 14 fueron del sexo femenino y 15 del sexo masculino.

En 14 de los casos la queja fue presentada directamente por el paciente, en 12 por familiar ( en 6 casos alguno de los padres, en 5 algún hermano y sólo en 1 caso por un hijo) en 3 casos por un abogado contratado por el paciente o familiares y en un caso por un juzgado.

El motivo que dio origen a la queja fue el primer punto evaluado. En este caso, se consideró el motivo principal de la queja, aunque en algunos casos se incluyó más de una causa dentro de la inconformidad, teniéndose que discernir sobre el que tenía mayor trascendencia, basándose en el curso mismo del procedimiento, la información que fue considerada para su resolución y las bases teóricas existentes en las que se pudiera fundamentar la queja. Los motivos de queja se encuentran presentados en la siguiente tabla:

Tabla 1

Motivos de queja	Número de casos
No proporcionar información completa	6
Maltrato*	5
Privación ilegal de la libertad	3
Alta antes de mejoría total	3
Inconformidad con dictamen médico	3
Negligencia médica	1
Negar atención médica	1
Contrarreferencias innecesarias	1
Servicio deficiente	1
Envío a consulta particular	1
Contenido delirante+	1
No dar incapacidad laboral	1
No apoyo para traslado a otra unidad	1
Abandono hospitalario del paciente	1

\*Se refiere tanto al de tipo físico (3 casos) como al de tipo mental (2 casos)

+Son ideas irracionales, irreducibles a toda explicación lógica y persistentes a través del tiempo  
Se consideró para cada caso el motivo principal de la queja. Se muestra un total de 14 motivos diferentes de queja aunque sólo las primeras cinco causas cuentan con casos múltiples, el resto son situaciones aisladas.

Los motivos de queja fueron variados, como muestra la tabla 1, el mayor número de quejas (20.6%), fue originado por la falta de información para el paciente. Este trámite más bien resulta de carácter administrativo, pues sólo en uno de los casos la información fue solicitada directamente al médico tratante, en los restantes, la solicitud fue hecha ante dirección, requiriéndose informes médicos o incluso el expediente clínico como tal. La inconformidad se basó en el tiempo que tardó en ser proporcionada la información o en considerarla incompleta.

El procedimiento para solicitar un informe médico conlleva el hacerlo por escrito dirigido a la dirección del hospital, no así para solicitar información de tipo verbal, en que se hace directamente al médico tratante. Cuando la información es requerida para un proceso administrativo o legal, invariablemente deberá ser a través de dirección. En los dos casos a que se hace referencia, la información fue proporcionada en forma de un informe médico, como es señalado por la ley General de Salud, pero la demanda, en ambos casos mediada por un juzgado, fue la de obtener el expediente clínico completo.

La segunda causa que motivo quejas fue el mal trato, ya sea físico (en este caso sólo se involucró a personal de enfermería) o por el tipo de atención brindada, en este último caso se incluyen quejas por despotismo del médico, por lentitud en el servicio y por falta de capacidad técnica.

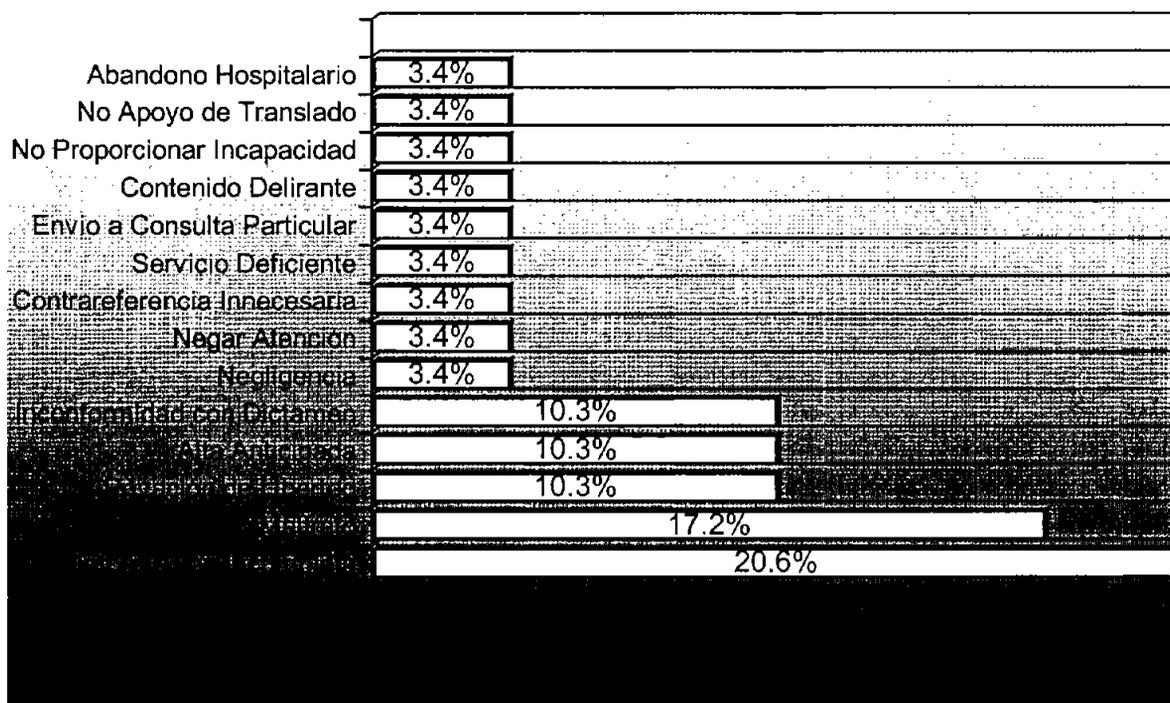
Las siguientes tres causas cuentan con igual número de casos. En cuanto a la privación ilegal de la libertad, ninguna de las tres quejas fue procedente. Las altas anticipadas por no haber aun una mejoría suficiente desde el punto de vista del tutor o cuidador del paciente, tampoco fueron procedentes, pues en los tres casos se trataba de pacientes con múltiples internamientos y que a pesar de continuar sintomáticos, no había criterios para que continuaran hospitalizados, habiéndose probado múltiples medicamentos sin alcanzar mayor mejoría que la lograda al momento de su egreso. En el caso de inconformidades con dictámenes médicos, en los tres casos fue referente a peritajes llevados a cabo por ordenamiento de un juzgado y por tratarse de un procedimiento con características bien especificadas, se recurrió a un tercero en discordia, sin revocarse en ninguno de los casos el dictamen original.

Los siguientes casos, se tratan de causas aisladas, de los que resaltamos el envío a consulta particular por haber dado origen a una acción, consistente en cambiar de médico a la paciente afectada y el caso de un paciente que presenta su queja por sentirse amenazado por el personal del hospital, idea delirante, propia de la esquizofrenia, diagnóstico del paciente en cuestión, siendo este tipo de casos poco probables de encontrar en otras áreas de la medicina.

A continuación se muestran las causas que dieron origen a las quejas con los porcentajes correspondientes a cada una:

Gráfica 1:

### Motivos de Queja



Los actos que dieron motivo a la presentación de la queja tuvieron la siguiente distribución por turnos:

Tabla 2

Turno	Número de casos
Matutino	10
Vespertino	3
Nocturno	5
Sin turno específico*	10
Especial en días inhábiles	1

\* Se refiere a procesos realizados en otras instituciones o que no requieren un turno determinado como el caso de peritajes, quejas ante otras instituciones, aunque habitualmente son realizados en horarios de oficina.

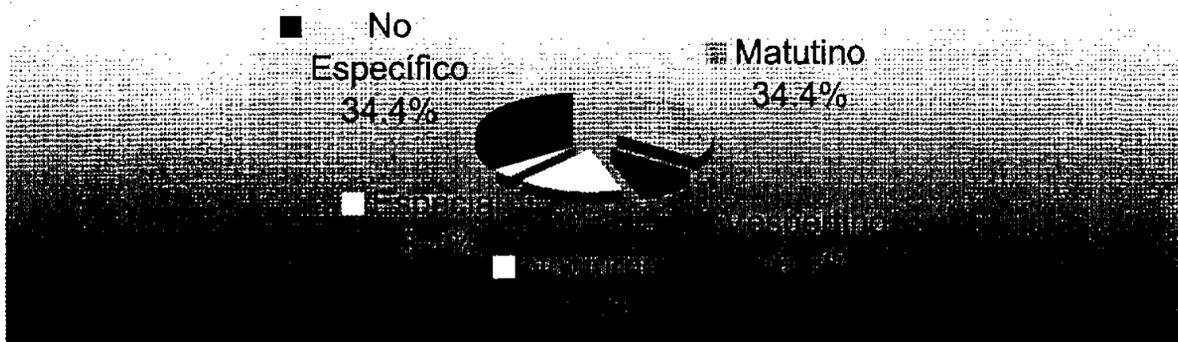
El turno matutino es en el que se presentan el mayor número de quejas, aunque debe considerarse que es en el cual se encuentra el personal de dirección y que una buena parte de las quejas atendidas fueron presentadas ante dicho servicio como el caso de la solicitud de informes médicos. También resulta ser el turno con mayor saturación de pacientes en el servicio de urgencias (lo que retarda la atención) y el horario en que funciona la consulta externa, de ahí la mayor frecuencia de quejas presentadas en este turno.

Los casos que ocurrieron en un “Horario inespecífico”, se refiere a aquellos procedimientos en que la queja fue presentada ante otras instituciones, que de manera habitual prestan sus servicios en horario matutino, no son unidades que cuenten con prestación de servicios las 24 horas. En los casos en que el evento que originó la queja ocurrió en un horario determinado, se consideró dicho horario, cuando el conflicto sucedió de manera que no había un horario específico y que la queja fue presentada ante otra institución (Ejemplo una queja presentada ante CONAMED por considerar una hospitalización innecesaria) se recurrió a este “Horario inespecífico”.

La siguiente gráfica muestra los turnos en que ocurrieron los casos que motivaron con los porcentajes correspondientes:

Grafica 2:

### Distribución por Turnos



Los servicios que directamente estuvieron relacionados por ser en el que se encontraba el paciente o por haberse dirigido la queja hacia el mismo fueron:

Tabla 3:

Servicio	Número de casos
Procesos administrativos+	7
Urgencias	5
Hospitalización continua	5
Consulta externa	4
Psiquiatría legal	3
Psicogeriatría	2
Observación	2
UMQAIP*	1

+Los procesos administrativos son llevados a cabo ante dirección, corresponde a solicitudes de información para procedimiento médico legales, solicitud de expedientes clínicos e incluso una solicitud de incapacidad laboral

\*Unidad Médico Quirúrgica de Atención Psiquiátrica Intensiva

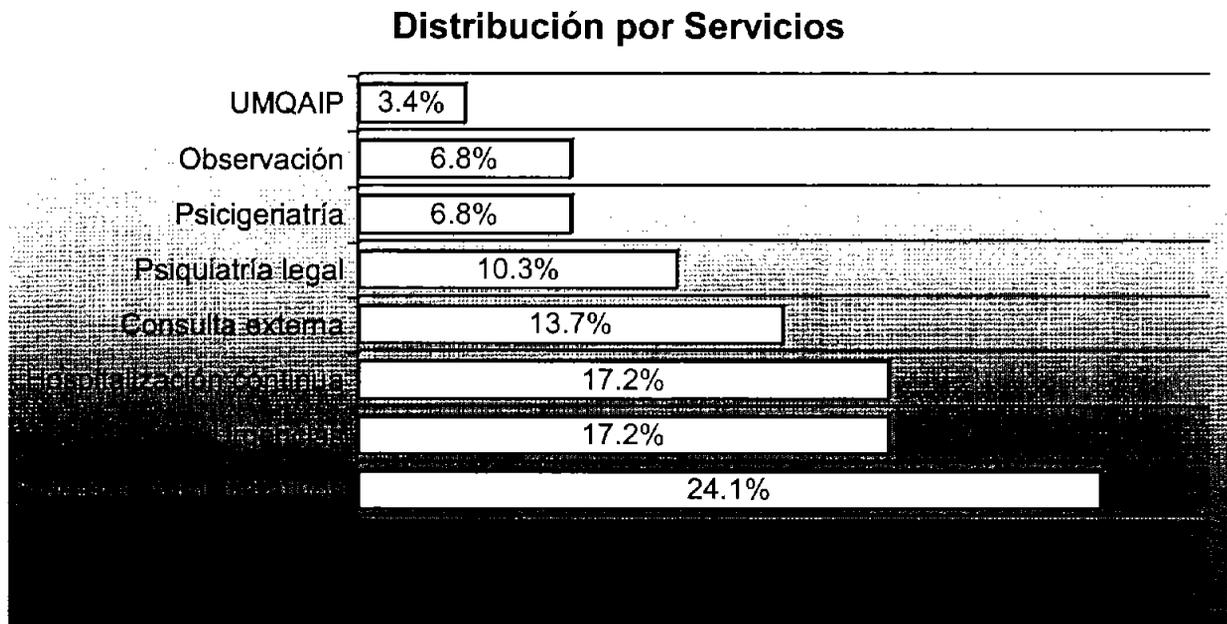
El servicio de Observación cuenta con 12 camas y su función es en pacientes que se considera presentan un alto riesgo (Ideas suicidas como ejemplo). El servicio de UMQAIP es para pacientes que tienen alguna complicación médica o en quienes las conductas de alto riesgo han tenido pobre respuesta a tratamiento.

Dirección es el servicio la encargado de los procesos administrativos, debe recordarse que trámites como la solicitud de información escrita para procedimientos médico legales (y que fue el principal motivo de queja), en otras situaciones la solicitud del expediente clínico completo e incluso una solicitud de incapacidad laboral, se hace directamente a dirección, por tal motivo, las quejas no son dirigidas a este servicio si no presentadas ante el mismo.

Urgencias proporcionó en el año 2002 un total de 14,442 atenciones atendidos, consulta externa 33,916 y hospitalización continua 3,316 internamientos. El porcentaje de quejas es bajo en comparación con el número de atenciones ( 0.03% para urgencias, 0.01% para consulta externa y 0.15% para hospitalización continua), correspondiendo el mayor a hospitalización continua, pero debe recordarse que en este servicio la estancia promedio es de 26 días.

La siguiente gráfica muestra la distribución de las quejas por servicio de acuerdo a porcentaje.

Gráfica 3:



El personal que fue involucrado en los casos fue:

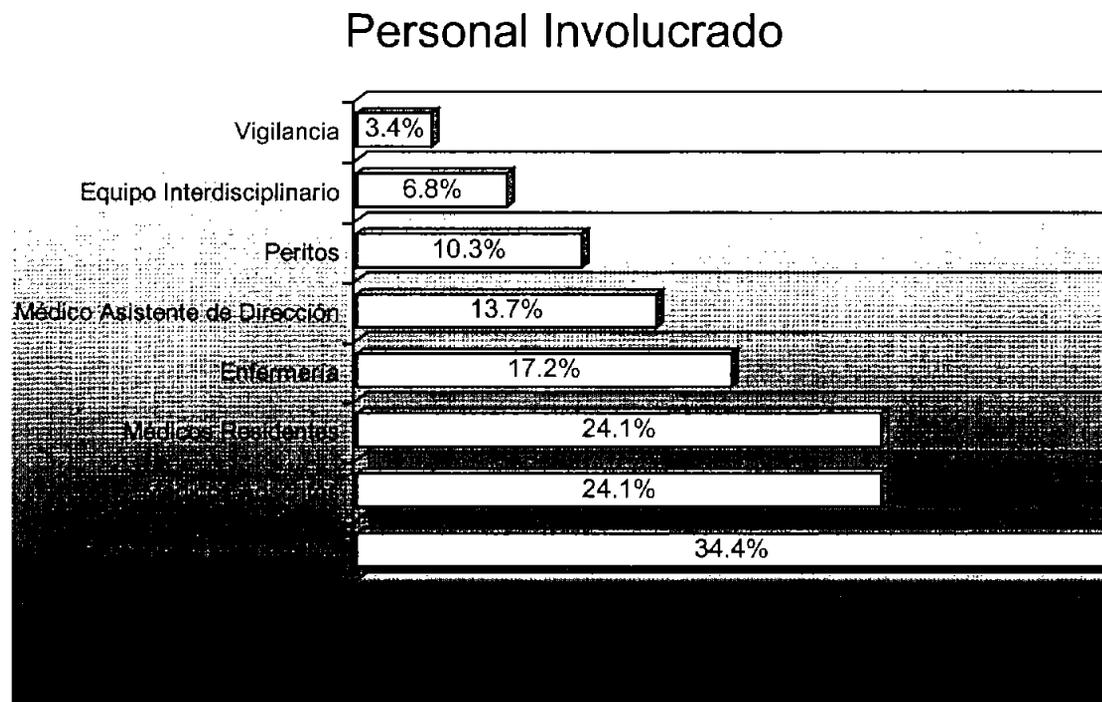
Tabla 4:

Tipo de personal	Número de casos
Personal administrativo	10
Médicos adscritos	7
Médicos Residentes	7
Enfermería	5
Médico Asistente de la Dirección	4
Peritos	3
Equipo interdisciplinario	2
Vigilancia	1

En la mayoría de los casos las quejas involucraron a más de un tipo de personal como enfermería o vigilancia. Si bien es cierto que no en todos los casos estuvo involucrado un médico, también es cierto que tiene la función de coordinar el equipo interdisciplinario encargado de la atención del paciente y por tanto los errores atribuibles a ese equipo son parte de la responsabilidad del médico.

La gráfica muestra de acuerdo a porcentaje el tipo de personal que fue involucrado en las quejas:

Gráfica 4:



Nuevamente vale aclarar que los procedimientos administrativos se realizan directamente en dirección o la queja es presentada ante la misma, aunque el evento motivo de la queja no ha tenido lugar directamente ahí, como es el caso de solicitar un expediente clínico, o un informe para un caso médico legal, pero que en sólo 2 casos se concedió la razón a el paciente y en ambos casos se solicitó el expediente clínico completo, por un juez y por el paciente, situaciones poco habituales por considerarse al expediente como propiedad de la institución que presta el servicio. En segundo lugar encontramos, tanto a médicos residentes como a adscritos ( 7 en ambos casos. En el caso de los residentes, no se encuentran asignados a un solo servicio, sino que además de rotar periódicamente en los diferentes servicios del hospital, así como en otras instituciones, realizan guardias de manera regular, atendiendo tanto intercurencias de los pacientes en hospitalización continua como el servicio de urgencias.

De los residentes que, ya sea, directamente o colateralmente fueron incluidos en la queja, de acuerdo al año que cursan:

Tabla 5:

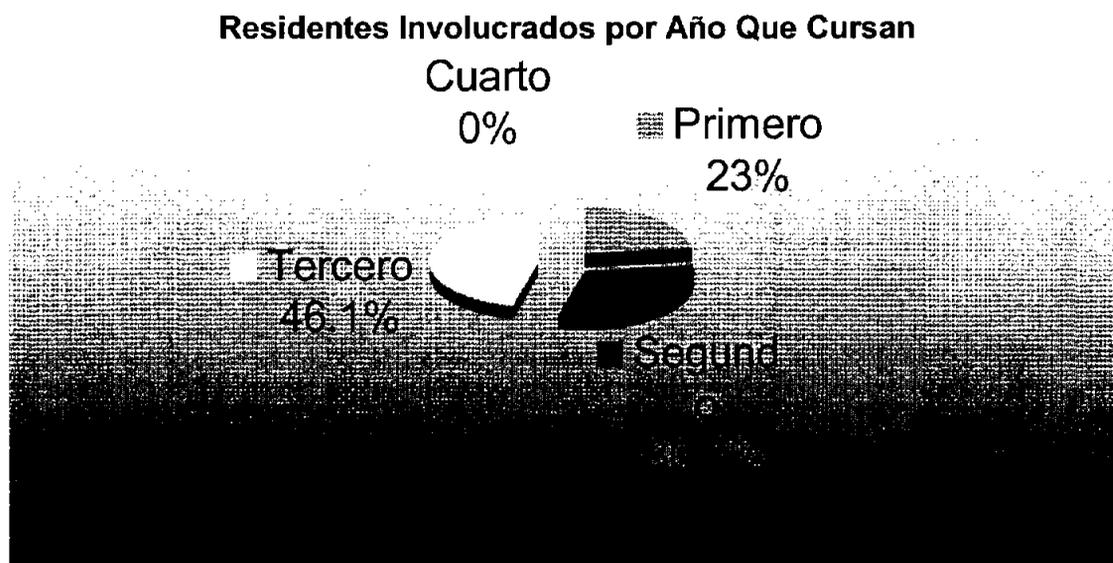
Año de residencia	Número de casos
Primero	3
Segundo	4
Tercero	6
Cuarto*	0

Debe considerarse que el cuarto año de residencia de psiquiatría se instauró a partir de 2002, en el mismo no fungían como jefes de guardia sino sólo como apoyo a la misma, por lo que sus funciones eran restringidas, teniendo poco contacto con el paciente, lo cual explica en parte el que no encontrarse involucrados en queja alguna.

Lo contrario sucede con los médicos residentes de tercer año, quienes tenían la responsabilidad de ser jefes de guardia, bajo supervisión de médicos adscritos, pero siendo el primer contacto con los pacientes en el servicio de urgencias.

La gráfica muestra los porcentajes de médicos residentes incluidos en alguna queja de acuerdo al año de residencia cursado:

Gráfica 5:



En la actualidad el Hospital Fray Bernardino cuenta con 20 médicos residentes por cada año de la especialidad, es decir, un total de 80. Dentro de las funciones de los médicos residentes de primer año se encuentra la atención a pacientes en el servicio de urgencias, bajo la supervisión de residentes de mayor jerarquía y personal adscrito. Son quienes realizan la intervención en crisis aun teniendo cronológicamente menor experiencia.

De los 29 casos examinados, sólo en 16 fue posible obtener datos que incluyeran escolaridad y diagnóstico quedando de la siguiente manera:

Tabla 6:

Escolaridad	Número
Primaria o menor	0
Secundaria	5
Preparatoria	4
Licenciatura o mayor	7

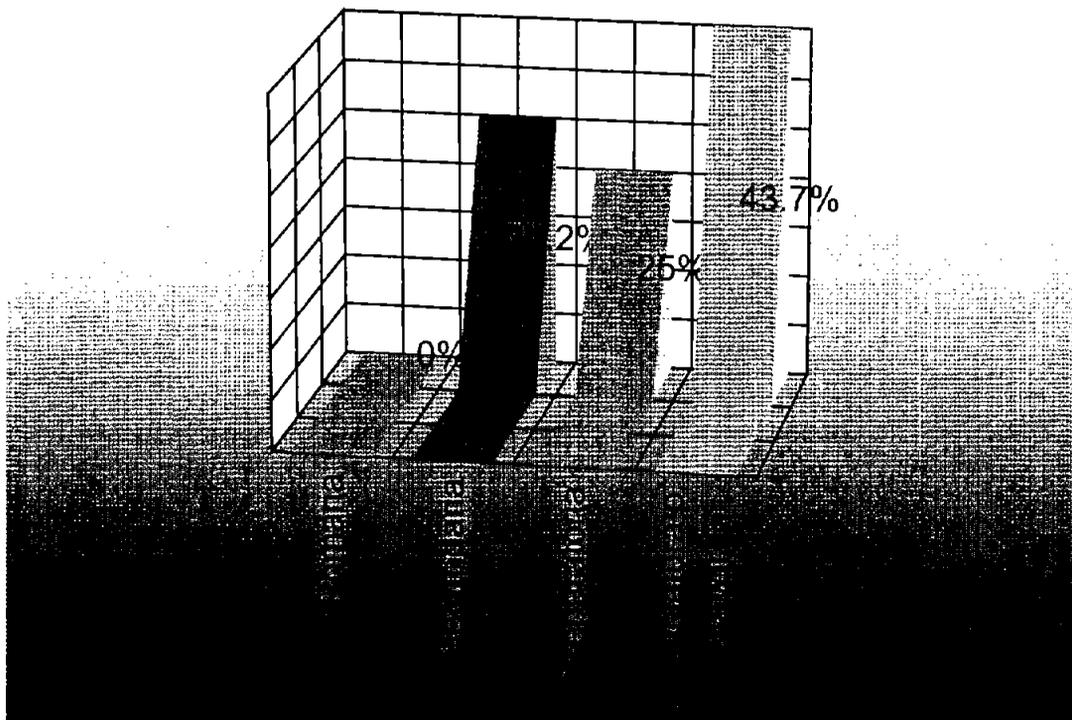
De los casos revisados, no se encontró pacientes con escolaridad menor a la secundaria, correspondiendo el mayor porcentaje a pacientes con un grado de escolaridad alto.

Llama la atención el que ninguno de los pacientes tenía una escolaridad menor a la secundaria. Vale la pena mencionar también, que en dos de los casos que la queja fue procedente, los pacientes tenían el grado de maestría y en uno más de licenciatura.

A continuación se muestran los porcentajes de acuerdo al grado de escolaridad de los 16 pacientes donde fue posible obtener este dato:

Gráfica 6:

Escolaridad de Pacientes Afectados



De los 16 pacientes que se cuenta con el diagnóstico, el número de casos fue el siguiente:

Tabla 7:

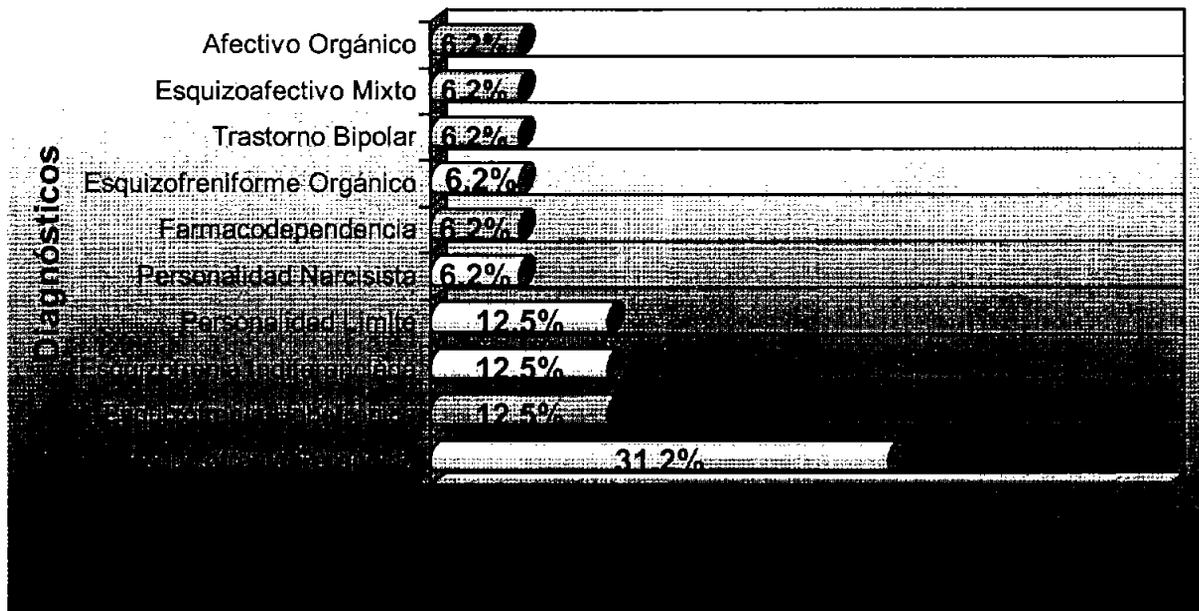
Diagnóstico	Número
Esquizofrenia paranoide	5
Esquizofrenia hebefrémica	2
Esquizofrenia indiferenciada	2
Personalidad limite	2
Personalidad narcisista	1
Farmaco dependencia	1
Esquizofreniforme orgánico	1
Trastorno bipolar	1
Esquizoafectivo mixto	1
Afectivo orgánico	1

Se encontró 10 diagnósticos diferentes en los pacientes incluidos en el estudio, las primeras tres causas corresponden a algún tipo de esquizofrenia (9 casos en total), 3 pacientes tienen algún trastorno de personalidad y el resto de diagnósticos fueron casos aislados.

Dentro de los tres primeros lugares se encuentra algún tipo de esquizofrenia, para hacer un total de nueve casos (56.2%). Los trastornos de personalidad constituyen un total de tres casos (18.7%). Otros diagnósticos se encontraron de manera aislada.

La gráfica muestra la distribución de diagnósticos de acuerdo a porcentaje:

Gráfica 7:



## Conclusiones

Si consideramos que en un periodo de dos años y medio el número de quejas presentadas por pacientes o familiares y en las que de alguna manera se incurrió en responsabilidad profesional fue de 29 en una institución que en ese mismo periodo proporcionó 145,900 consultas, sin considerar a los pacientes en hospitalización continua que son valorados diariamente o pacientes de hospitalización parcial que son vistos una vez por semana, aún así el porcentaje de quejas corresponde a 0.019%. Este porcentaje es bajo comparado con el de otras especialidades (Ver gráfica C). De estas quejas sólo en 4 casos se consideró que la queja tenía un fundamento y dio origen a algún tipo de procedimiento.

En general los tres principales motivos de queja en otras especialidades son por un inadecuado tratamiento médico, quirúrgico (del cual obviamente los psiquiatras no participan) y diagnóstico, quedando la problemática administrativa en cuarto lugar (ver gráfica B), mientras que para psiquiatría este tipo de problemática ocupa un primer lugar, pues recordemos que la principal causa de inconformidad fue por no haberse proporcionado por parte de personal administrativo información médica, independientemente del número de casos en que dicha inconformidad tenía bases que la justificaran. Por otra parte, el maltrato físico o mental fue la segunda causa de queja en el presente estudio, seguido con igual número de casos por privación ilegal de la libertad, alta antes de mejoría satisfactoria e inconformidad con dictamen médico (ver tabla y gráfica 1). Por consiguiente, es claro que los motivos de inconformidad son distintos en la psiquiatría en comparación con el resto de las especialidades.

Dirección, que como ya se ha mencionado esta encargada de los procedimientos administrativos, por lo que el motivo de la queja la mayor parte de las veces ha ocurrido en otros servicios, se solicitan informes médicos para procedimientos médico legales, cuando por cualquier motivo interviene otra institución se dirige directamente a dirección y no a otros servicios o equivocadamente (solicitud de incapacidad laboral) la queja es dirigida a Dirección por ser el servicio responsable de la coordinación de otras áreas del hospital, pero sólo en dos casos se consideró que el paciente tenía fundamentos para realizar su queja, en un caso prácticamente inédito, concluyó con la entrega del expediente clínico al paciente, considerado propiedad de la institución, y en un caso más la entrega de una copia de expediente clínico a un juzgado con la solicitud de que éste fuera sellado como garantía de corresponder a su original, situación poco común y para lo que Dirección no es finalmente el servicio obligado a éste tipo de procedimiento. Urgencias y Hospitalización Continua son, continuando, los servicios con mayor número de quejas (ver tabla y gráfica 2). Consulta externa se encuentra en cuarto lugar aunque con poca diferencia. Urgencias proporciona poco menos de la mitad del número de consultas que atiende el servicio de Consulta Externa, pero las características de los pacientes son tal vez la explicación de similar número de inconformidades. Los pacientes atendidos en el servicio de urgencias, como es de esperar son aquellos que sufren una descompensación de su enfermedad o que por vez primera presentan un cuadro

que requiere de atención psiquiátrica inmediata, están por tanto cursando una crisis que de manera habitual es compartida por la familia, demandando la inmediata solución de su problema. Por lo impredecible del servicio de Urgencias, es común que se vea sobrepasado en su capacidad, con lo que la atención se hace lenta, lo cual suele ser molesto para un usuario que demanda la inmediata solución de sus síntomas.

La consulta externa suele atender a pacientes estables, es decir que tienen un adecuado control de sus síntomas, además de que por ser una consulta programada, tiene un tiempo bien determinado para cada paciente, lo que agiliza su atención, además a diferencia de urgencias, los médicos residentes que rotan en éste servicio son los de mayor jerarquía, es decir cursan el tercero o cuarto año, mientras que en el servicio de urgencias lo hacen los médicos residentes de primer año, que por el tiempo de adiestramiento es entendible que carezcan de la pericia suficiente.

En el caso de Hospitalización continua, aunque el número de pacientes atendidos es menor que en los servicios antes mencionados (3316 en 2002), su estancia promedio es de 26 días, lo que implica una convivencia permanente durante ese lapso de tiempo tanto con el médico como con todo el equipo interdisciplinario (enfermeras, personal de seguridad, trabajadoras sociales, entre otros), aumentando las probabilidades de que surjan conflictos que puedan dar lugar a inconformidades.

Psiquiatría legal registró 3 quejas, en todos los casos por inconformidad con peritajes. En el año 2002 se realizaron 1224 peritajes, correspondiendo el número de quejas de 0.24%, siendo el servicio con mayor porcentaje de quejas en relación al número de atenciones proporcionadas, aun así, la cifra es baja en comparación con otras especialidades. Los casos que son atendidos por Psiquiatría Legal conllevan para las partes involucradas intereses que pueden ser de tipo económico o que pueden tener repercusiones tan importantes como el obtener o no la patria potestad de menores, lo que explica el por que del número de la proporción de inconformidades con dictámenes realizados por este servicio.

En cuanto al personal involucrado, es comprensible que si la mayor parte de los casos correspondieron a inconformidades por procedimientos que se realizan ante Dirección, el personal de ese servicio es el que con mayor frecuencia se vio involucrado (ver tabla y gráfica 4). En uno de los casos, de manera inédita, el paciente logró obtener su expediente clínico, a pesar de que la Ley General de Salud Reglamento en materia de prestación de servicios artículo 30 y la NOM 168 SSA1 1998 del expediente clínico artículo 5.3, fundamentan la pertenencia del expediente clínico a la institución que atiende el caso. En un caso más, a solicitud de un juzgado se proporcionó una copia del expediente clínico, la cual debió ser sellada en contraloría interna a manera de garantizar su concordancia con el expediente original.

Las quejas fueron enfocadas con las misma frecuencia tanto a médicos residentes como a médicos adscritos. La relación médico paciente cuando la comunicación es buena puede ser un factor que proteja al médico de inconformidades, pero puede ser factor de una queja cuando la comunicación es deficiente. En una de las inconformidades se consideró que el paciente contaba con fundamentos necesarios para presentar la queja, la cual fue motivada por el envío a consulta particular del médico tratante, el caso fue resuelto cambiando a otro médico y aclarando a la paciente que el servicio que el hospital prestaba estaba disponible tanto para ella como para cualquier paciente que lo solicitase, sin que debiera de manera alguna verse en la necesidad de acudir a un servicio particular.

En cuanto al personal de enfermería, existe una interacción importante con el paciente, principalmente en el servicio de Hospitalización Continua, pues las 24 horas se encuentran encargadas de su atención, que incluye la observación de su comportamiento, toma de signos vitales, vigilancia de su alimentación, administración de medicamentos, entre otras. Sólo en uno de los casos revisados, se consideró que la atención de enfermería había sido inadecuada, con cierto grado de maltrato hacia el paciente, lo que motivó la instauración de un curso dirigido a enfermeras en el que el objetivo principal era fomentar un adecuado trato al paciente.

Los médicos residentes con mayor frecuencia involucrados fueron de tercer año y esto en parte por ser los responsables de la guardia ( Al menos hasta 2003 cuando esta función recayó en los residentes de cuarto año) y por tanto, responsables de decisiones que pueden ser no apropiadas desde el punto de vista del familiar o de su representante

Sin embargo, no son los médicos residentes de menor experiencia quienes se ven involucrados en casos médico legales con mayor frecuencia como cabría suponer, sólo 3 de 13 médicos residentes cursaban en ese momento el primer año (ver tabla y gráfica 5). Las razones son las siguientes:

- La supervisión por médicos residentes de mayor jerarquía así como médicos adscritos
- Un periodo de adiestramiento clínico a su ingreso, con duración de 2 meses, con un papel más de espectador que una participación activa, la cual gradualmente adquiere
- Cuando se hace evidente la presencia de un problema, es el residente de mayor jerarquía o el médico adscrito quien con frecuencia afronta la situación buscando solución del conflicto

De esta manera, resulta verse involucrados con más frecuencia a residentes de mayor jerarquía o incluso a adscritos que a los residentes que inician su formación.

Vale la pena hacer notar el grado de escolaridad de quienes presentaron su queja (Tabla y gráfica 6), donde detectamos que los pacientes involucrados presentaban una escolaridad alta, lo que hace suponer que una población con un mayor conocimiento de sus derechos, mejor informados sobre leyes y reglamentos, demanda que estos sean cumplidos y cuando consideran que no ha sido así, apelan no sólo a servicios de control interno si no también a instituciones como la Comisión Nacional de Derechos Humanos, Juzgados, Comisión Nacional de Arbitraje Médico, e incluso a figuras que ostentan cargo públicos relevantes como el mismo Presidente.

En cuanto a los diagnósticos de los pacientes que presentaron directamente o mediante sus familiares alguna inconformidad, la mayoría correspondió a algún tipo de esquizofrenia (ver tabla y gráfica 7). En cuatro casos quedó como claro origen de la queja la patología en sí, es decir fue causado por una idea delirante, por definición irracional, irreductible a la lógica y persistente a través del tiempo, dos pacientes el diagnóstico era esquizofrenia paranoide, en uno esquizofrenia indiferenciada y uno más fármaco dependencia múltiple asociado a psicosis. Cabe aclarar que de los casos que se concedió la razón a pacientes, tres se encontraban prácticamente asintomático, de ellos dos realizaron la queja directamente, uno mediante un juzgado y un tercero presentaba síntomas activos realizándose la queja por un familiar. Esto muestra la importancia del cuadro clínico en la forma en como se lleva a cabo la relación médico paciente y como puede influir en la presentación de una queja, que tiene peculiaridades difícilmente observables en otras áreas de la medicina.

## **Comentarios**

Es factible pensar que, si existe una afección a las funciones mentales del paciente, se vean limitados en su capacidad de presentar una queja, lo que no parece tan evidente al ver cifras en que la mayoría de las ocasiones es el paciente que manifiesta ante la autoridad correspondiente su inconformidad.

Es obvio que los pacientes con trastornos psiquiátricos también enferman de otro tipo de patologías, por lo que seguramente no es con el psiquiatra con el único médico que trata, sin embargo es de esperar que sea a él a quien involucre con mayor facilidad dentro de una idea delirante, pues es el psiquiatra quien cuestiona sobre esta información, de poco interés para otros especialistas.

Por otra parte, no todos los pacientes que requieren de un servicio de psiquiatría presentan un cuadro acompañado con ideas delirantes o una dificultad para enjuiciar la realidad. En los trastornos de personalidad, por mencionar un caso, no existe una pérdida del contacto con la realidad, pero el tipo de relación que pueda hacer con el terapeuta, puede tomar una infinidad de variaciones, desde una actitud de franca competencia como en el caso una personalidad narcisista, a un actitud de total sumisión en una personalidad por dependencia.

Los resultados presentados en éste estudio, muestran que en el área psiquiátrica es bajo el porcentaje de inconformidades, pero que aquellos pacientes que presentaron dichas inconformidades tenían un nivel cultural elevado, por tanto, es de esperar que cuanto mayor sea la información que la población Mexicana tiene, mayor será exigencia de servicios médicos con una alta calidad.

El psiquiatra debe estar preparado, no sólo con los conocimientos más recientes en tecnología, novedosos psicofármacos, avances neurofisiológicos etcétera, si no también con un conocimiento de ramas humanísticas y sociales que norman la práctica clínica. Es necesario que se lleve a cabo no sólo una moral médica, que a pesar de brindar una base normativa para la medicina, carece del quehacer reflexivo de la ética, lo cual implica limitaciones por no ejercer un análisis crítico y no tener la flexibilidad indispensable para cada caso específico. Las características de los pacientes con trastornos psiquiátricos hacen que se presenten situaciones peculiares que requieren, además del conocimiento de éste tipo de padecimientos, la habilidad para afrontar la problemática que esto implica.

## Bibliografía:

1. Basile Alejandro A.  
Fundamentos de Medicina Legal  
Deodontología y bioética  
Editorial El Ateneo, cuarta edición 2001, Argentina
2. Basile Alejandro A.  
Fundamentos de Psiquiatría Legal  
Editorial El Ateneo, primera edición 2001, Argentina
3. Benzo Cano Edoardo  
La responsabilidad profesional del médico  
Editorial Escelicer, S.L., primera edición 1944, España
4. Calcedo Ordóñez Alfredo  
Secreto Médico y Protección de Datos Sanitarios en la Práctica Psiquiátrica  
Editorial Panamericana, primera edición 2000, España.
5. Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED)
6. Cranford R. Y Doudera A. E.  
The emergence of institutional ethics committees  
Health Administration Press, 1984, Estados Unidos
7. De la Fuente Ramón, Medina Mora María Elena, Caraveo Jorge  
Salud Mental en México  
Fondo de Cultura Económica, Primera edición 1997, México
8. Baeza y Aceves Leopoldo  
Ética  
Porrúa, Primera edición 1954, México
9. Carrasco Gómez Juan José  
Responsabilidad Médica y Psiquiatría  
Editorial Colex, primera edición 1990, España
10. Diccionario de la Lengua Española  
Real Academia Española  
Vigésimo Segunda Edición 2001, España
11. Dobler López Irving  
La Responsabilidad en el Ejercicio Médico  
Editorial Manual Moderno, segunda edición 2002, México

12. Ferrater Mora J.  
Diccionarios de Filosofía  
Editorial Ariel 1995, España
13. Gutterdge F., Bankowsky, Curran W.  
La estructura y el funcionamiento de los comités de revisión ética.  
Organización mundial de la salud, Ginebra, Suiza  
Soc. Sci. Med. Vol. 16
14. García Ramírez Sergio, Islas de González Olga  
Análisis del Nuevo Código Penal para el Distrito Federal  
Universidad Nacional Autónoma de México, 2003, México
15. Gómez Bernal Eduardo  
Tópicos Médicos Forenses  
Editorial Sista, primera edición 2000, México
16. Hales Robert E., Yudofsky Stuart C., Talbott John A.  
DSM-IV Tratado de Psiquiatría  
Editorial Masson, tercera edición 2001, Estados Unidos
17. Informe de actividades de la División de Atención Médica 2002  
Dirección Hospital Fray Bernardino, México
18. Informe anual de Actividades División Cuidados Especiales 2002  
Dirección del Hospital Fray Bernardino, México
19. Luna Florentino, Arleen Salles  
Develando la bioética: sus diferentes problemas y el papel de la filosofía  
Perspectivas bioéticas en las Americas, Estados Unidos 1996
20. Manzano García José Roberto  
Responsabilidad y el Ejercicio de la Medicina  
Porrúa , primera edición 2002, México
21. Melder Gibson, Kimbrough Kushner  
Will the conscience of a institution become society's servant?  
Hasting Cent Rep 16 (3) 1986, Estados Unidos
22. Ocampo Martínez Joaquín  
El estudio de humanos y sus implicaciones éticas  
Cir . Ciruj. 1999; 67 México

23. Ocampo Martínez Joaquín  
El problema de decirle la verdad al paciente  
Simposio de Bioética Sociedad Mexicana de Historia y Filosofía de la Medicina  
25 de noviembre 1999, México
24. Ocampo Martínez Joaquín  
La bioética y la Crisis Ética Médica Tradicional  
Anales Médicos Hospital ASC, vol 46, no. 2, abr-jun. 2001, México
25. Organización Panamericana de la Salud  
Bioética, Temas y Perspectivas  
1990, Estados Unidos
26. Pérez Romo Adolfo  
Repercusiones éticas de las Comisiones de Arbitraje médico  
Revista CONAMED, Año 5, Vol. 9, No. 20, julio-septiembre 2001, México
27. Pérez Tamayo Ruy  
Ética Médica Laica  
Fondo de Cultura Económica, Primera edición 2001, México
28. Programa de Actualización Continua en Psiquiatría  
Ética y Relación Médico Paciente  
Asociación Psiquiátrica Mexicana, México 1999
29. Raanan Guillon  
Deontological foundations for medical ethics?  
British Medical Journal Vol. 290, 1331-1333 mayo 1985, Inglaterra
30. Raanan Guillon  
Utilitarianism  
British Medical Journal Vol. 290, 1411-1413 mayo 1985, Inglaterra
31. Salcedo A. Arturo, Rivera C. Antonio, Jiménez C. Eugenia  
Reflexiones sobre los aspectos éticos del acto médico  
Revista CONAMED, Año 5, Vol. 9, No. 20, julio-septiembre 2001, México
32. Sgreccia E.  
Manual de Bioética  
Instituto de Humanismo en Ciencias de la Salud  
Editorial Diana, 1994, México
33. Tealdi Juan Carlos y Mainetti José Alberto  
Los comités hospitalarios de ética  
México

34. Viesca Carlos  
La bioética: Una aproximación histórica  
Rev. Fac. Medicina UNAM Vol 33, No 4, oct-dic 1995, México
35. Código Civil Federal
36. Código Deontológico Psiquiatría  
Asociación Psiquiátrica Mexicana  
XV Reunión Nacional de APM  
Noviembre de 1997
37. Código de Procedimientos civiles
38. Código de Procedimientos Penales
39. Código Nacional de ética
40. Código Penal Federal
41. Constitución política Mexicana
42. Ley de la Comisión Nacional de Derechos Humanos
43. Ley Federal de Trabajo
44. Ley General de Salud
45. Ley Federal de Servidores Públicos