



**UNIVERSIDAD LATINA, S.C**

---

INCORPORADA A LA U.N.A.M.  
FACULTAD DE DERECHO

LA NECESIDAD DE TIPIFICAR COMO DELITO LA  
NEGLIGENCIA MEDICA EN EL CÓDIGO PENAL  
PARA EL D. F.

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
**LICENCIADA EN DERECHO**  
P R E S E N T A :  
**KARLA ESQUIVEL RESÉNDIZ**

**ASESOR: LIC. ANTONIO MANUEL VEGA ROJAS**



MEXICO, D.F.

2007



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.

*Agradecimientos:*

*A mi Madre.*

*A María del Carmen Reséndiz, mi Mami, por haberme brindado la vida y enseñarme el valor de enfrentar los retos y obstáculos, que se presentan a lo largo de esta.*

*Con el amor, comprensión, apoyo y cariño; que siempre he recibido de ti y que sabes de sobremano, que estos sentimientos son correspondidos de la misma forma o mas.*

*Gracias Mamá*

*A mi Hermano y Padre*

*Lo sé, aunque en ocasiones no entiendo tus actitudes y quisiera que razonaras todo lo que te digo, para que en el futuro no tengas problemas y te facilites la vida.*

*Quiero que sepas, que sin tu apoyo y sin tus ánimos, no habría podido tener las agallas para enfrentar y resolver las situaciones que atravesamos.*

*Y a ti papá por tu apoyo económico.*

*Gracias*

*Al Lic. Vega.*

*Por su tiempo, paciencia, conocimientos, experiencia y por último pero no menos importante, por haber creído en esta investigación y brindarme el apoyo necesario para culminar esta Tesis.*

*Gracias Profe.*

*A la Universidad Latina.*

*Por abrirme las puertas a la sabiduría y apoyarme a emprender mi futuro profesional, al proporcionarme los conocimientos suficientes para desarrollarme laboralmente en el ámbito jurídico, el cual elegí.*

*Gracias UNILA*

*Muchas veces Dios castiga con lo que da, y premia con lo que niega.*

*Defiende tus principios aunque tengas que hacerlo solo.*

*JACKSON BROWN.*

*A veces los fracasos son el trampolín de los éxitos.*

*MARÍA DEL CONSUELO DÍAZ*

## INDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	1
---------------------------	---

### **CAPITULO 1**

#### **ASPECTOS HISTORICOS DE LA APLICACIÓN DE LA MEDICINA Y EL SURGIMIENTO DE LA SEGURIDAD SOCIAL.**

##### **En otros países.**

1.1.-Egipto	2
1.2.-Los Hebreos.....	2-3
1.3.-China.....	3
1.4.-India Antigua.....	4
1.5.-Grecia.....	5
1.6.-Edad Media.....	6
1.7.-Renacimiento.....	6-7
1.8.-Alemania.....	7
1.9.-Estados Unidos.....	7-8

##### **En México.**

1.10.-Medicina Prehispánica.....	8-9
1.11.-Los Aztecas.....	9-11
1.12.-Los Mayas.....	11-12

#### **SURGIMIENTO DE LA SEGURIDAD SOCIAL.**

##### **Diversos países.**

1.13.-España.....	12-13
1.14.-Alemania.....	13-14
1.15.-Organización Internacional del Trabajo y la Seguridad Social.....	14
1.16.-Brasil.....	14-15
1.17.-Chile.....	15
1.18.-Filadelfia.....	16

1.19.-Organización Mundial de salud.....	16
1.20.-Francia.....	16 -17
1.21.-La Declaración de México y la Seguridad social.....	17
1.22.-La Seguridad Social de las Fuerzas Armadas.....	17
1.23.-La Unión Europea.....	17 -18
1.24.-Principios y Marco Normativo de la Seguridad Social de los Trabajadores.....	18
1.25.- Marco Jurídico Comunitario de la Seguridad y Salud Laboral.....	19 -20

### **En México.**

1.26.-La Colonia.....	20
1.27.-Nueva España.....	20 -21
1.28.-La Independencia.....	21

### **Orígenes y Evolución de las Instituciones de Seguridad Social en México..**

1.29.-Instituto Mexicano del Seguro Social.....	21 -23
1.30.-Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.....	23 -24

## **CAPITULO 2**

### **MARCO JURIDICO DEL DERECHO Y LA PROTECCION A LA SALUD, CONCEPTOS GENERALES E INSTITUCIONES ENCARGADAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN MEXICO.**

#### **Marco Jurídico.**

2.1.-Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.....	25 -27
2.2.- Ley General de Salud.....	27 -29

#### **Marco Jurídico del Derecho de la Protección a la Salud.**

2.3.- Ley General de Salud.....	29 -31
2.4.- Ley del Seguro Social .....	31 -32

#### **Marco Jurídico de la Atención Médica.**

2.5.- Ley General de Salud.....	32
---------------------------------	----

### **Antecedente para la Tipificación de la Negligencia Médica en el Código Penal para el D.F.**

2.6.- Código Penal del Estado de Tamaulipas.....	33 -34
2.7.- Código Penal del Estado de Tabasco.....	34 -36
2.8.-Jurisprudencias acerca de la Negligencia Médica.....	37 -38

### **Conceptos Generales.**

2.9.-Vida.....	39
2.10.-Salud.....	39 -42
2.11.-.Prioridad del Estado Mexicano.....	42 -43
2.12.-.Derecho a la Protección de la Salud. ....	43 -44
2.13.-Fundamento Jurídico de la Legislación Sanitaria.....	44 -46
2.14.-.Las Políticas de Salud.....	46 -47
2.15.-.Previsión Social y Seguridad Social.....	47 -50
2.16.-.El Derecho a la Seguridad Social.....	50
2.17.-.Derecho del Seguro Social.....	50

### **Instituciones de Seguridad Social Mexicana.**

2.18.- Sujetos del Seguro Social.....	51
2.19.- Organización y Funcionamiento del Seguro Social (IMSS).....	51 -52
2.20.- Servicios Médicos.....	52
2.21.- Procedimiento para el caso de controversia.....	53
2.22.- Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).....	53
2.23.- Prestaciones.....	53 -54
2.24.- Consejo Nacional de Salud.....	54 -55
2.25.- Objetivos.....	55 -56
2.26.- Organización y Funcionamiento.....	56 -57
2.27.- Servicios Estatales de Salud.....	57 -58



## **CAPITULO 3**

### **DEFINICIONES.**

3.1.- Médico.....	59
3.2.- Responsabilidad Subjetiva o Adjetiva.....	59
3.3.- Responsabilidad Objetiva.....	60
3.4.- Responsabilidad Profesional.....	60 -61
3.5.-Negligencia.....	62 -64
3.6.-Responsabilidad Médica.....	64 -66
3.7.-Culpa Médica.....	67
3.8.-Culpa Inconsciente.....	67
3.9.-Culpa Consciente.....	67
3.10.-Culpa Profesional.....	67
3.11.-Formas de Culpa Médica.....	67
3.12.-Impericia.....	67
3.13.-Imprudencia.....	68
3.14.-Iatrogenia.....	68 -69
3.15.- Recurso de Inconformidad.....	69
3.16.-Lugar y Forma de Presentación del Recurso.....	69 -70
3.17.-Improcedencia del Recurso de Inconformidad.....	70 -71
3.18.-Recurso de Queja.....	71
3.19.-Arbitraje.....	71 -72
3.20.-Las ventajas del Arbitraje.....	72 -73
3.21.-Tipos de Arbitraje.....	73
3.22.-Responsabilidad Penal.....	74
3.23.-Delito.....	74
3.24.-Tipo.....	75 -76
3.25.-Tipo Penal.....	76
3.26.-Delitos Calificados por el Resultado.....	76 -77
3.27.-Delitos de Omisión.....	77
3.28.-Dolo y Error.....	77 -78
3.29.-Error.....	78 -79
3.30.-Mala Fe.....	79
3.31.-Homicidio.....	79
3.32.-Tipo Objetivo.....	79
3.33.-Homicidio Doloso.....	80

3.34.-Homicidio Imprudente.....	80
3.35.-Homicidio Preterintencional.....	80
3.36.- Pena.....	80 -81

## **CAPITULO 4**

### **HECHOS REALES DE NEGLIGENCIA MEDICA, CARTA DE DERECHOS GENERAL DE PACIENTES Y MEDICOS Y COMISION NACIONAL DE ARBITRAJE MEDICO.**

4.1.- Hechos Reales de Negligencia Médica.....	82 -87
4.2.- Carta de los Derechos Generales de los Pacientes.....	88 -89
4.3.- Carta de los Derechos Generales de los Médicos.....	89 -90
4.4.- Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED).....	91
4.5.- Orígenes de la CONAMED.....	91
4.6.- Atribuciones de la CONAMED en el cumplimiento de su objeto.....	92
4.7.- Atribuciones de la CONAMED.....	92 -93
4.8.- Derechos y Obligaciones de los Prestadores de Servicios Médico y de los Usuarios de dichos servicios.....	93
4.9.- Autonomía.....	93
4.10.- Organización Administrativa de la CONAMED.....	94
4.11.- Autoridad Máxima de la CONAMED.....	94
4.12.- Organización Administrativa de la CONAMED.....	94 -95
4.13.- Procedimiento para presentar una queja.....	96
4.14.- Términos para la iniciación de la investigación de una queja.....	96 -97
4.15.- El papel de la comisión de la evaluación en los servicios de la salud tanto pública como privada.....	97-98
4.16.- Proceso de información y asesoría.....	98
4.17.- Proceso de conciliación.....	98 -99
4.18.- Proceso de Arbitraje.....	99 -100
4.19.- Arbitraje Médico en los Estados de la República.....	100
4.20.- Comisiones Estatales de Arbitraje Médico.....	100
* Conclusiones.....	101 -103
* Bibliografía.....	104 -107

## INTRODUCCION

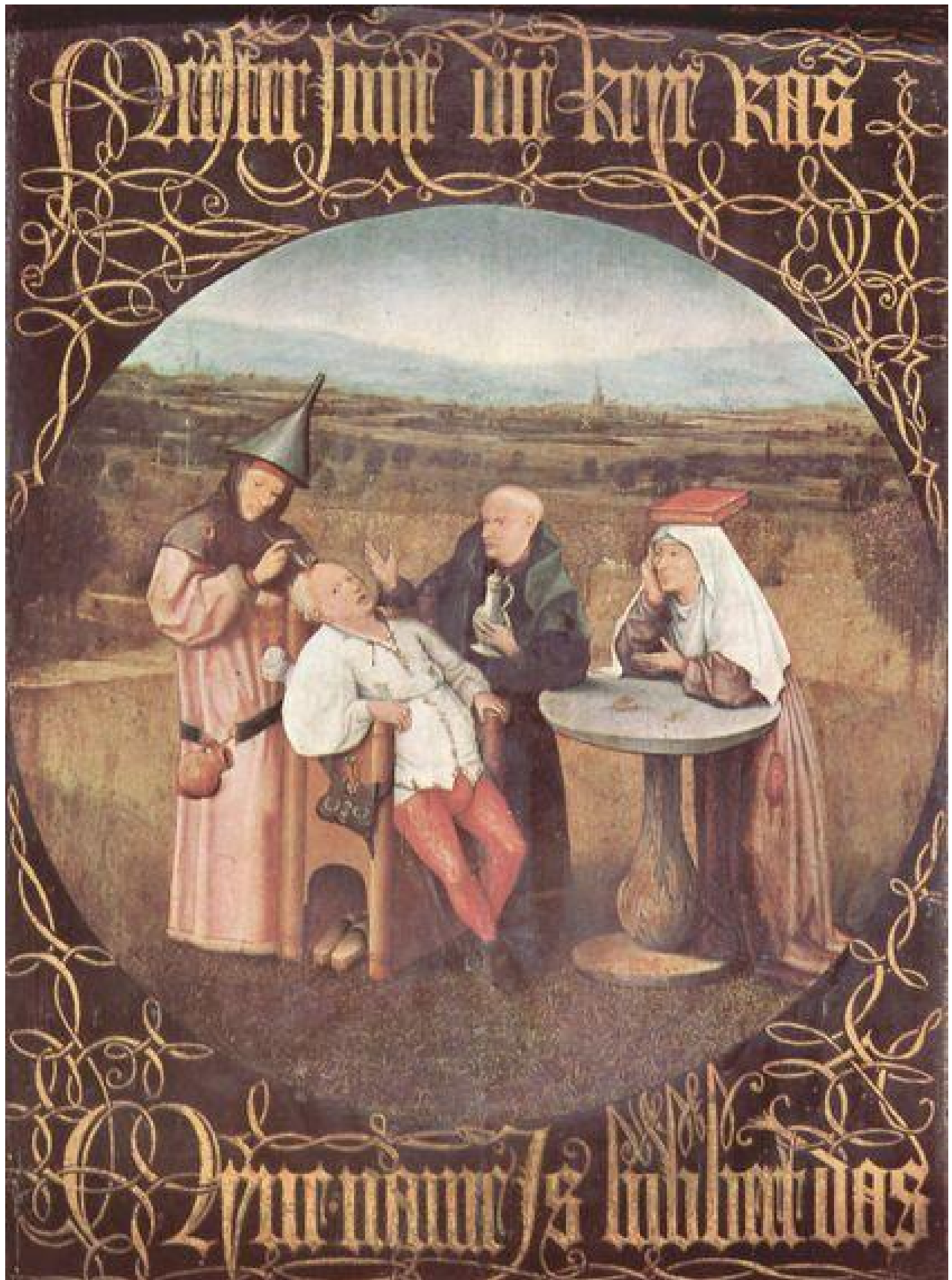
Si bien es cierto las enfermedades y las personas que dicen sanarlas siempre han existido, pero en la antigüedad, se tenía la creencia, de que el deterioro de la salud era producto de una mala acción, o bien por no ser afín a alguna deidad. Pero con el paso del tiempo, la observación, investigación, y la experimentación han demostrado, que las enfermedades se describen como el mal funcionamiento del propio organismo humano.

Es por ello, que con el transcurso de los años, se ha desarrollado la ciencia que estudia a las enfermedades y su curación llamada medicina y con ello y dentro de ella encontramos a las personas, que se hacen llamar Doctores, Cirujanos; Dentistas, etc, los cuales en algún momento, dentro de la práctica de su profesión cometen errores, llamada negligencia médica, rompiendo así, con todos los conceptos fundamentales de esta investigación.

Por lo cual, considero es necesario que el Código Penal para el D.F. sancione, a los Doctores, Químicos, Enfermeras, Odontólogos, y todas aquellas personas que tengan que ver con alguna de las ramas de la Medicina y por supuesto la ejerzan, ya que son los encargados, de cuidar y preservar la vida y salud del Ser Humano, pues ellos son los peritos de esta ciencia y pueden diagnosticar un padecimiento, y con su dictamen pueden ayudar a que la persona tenga plenitud de vida y por lo tanto un desarrollo social y familiar óptimos

Es el caso que los encargados de la protección de la vida como, Médicos, Enfermeras y otros, por su Negligencia, Falta de profesionalismo o por Error, Dolo o Mala fe lesionen o causen la muerte en forma directa o indirecta; lo que debe ser sancionado penalmente. Tiene como finalidad la presente investigación dejar en claro; cuando existe negligencia o se trata de una situación propia de la enfermedad.

Es por ello que el presente trabajo es una investigación sobre la Negligencia Médica, sus consecuencias y sus sanciones .



# CAPITULO 1

## ASPECTOS HISTORICOS DE LA APLICACIÓN DE LA MEDICINA Y EL SURGIMIENTO DE LA SEGURIDAD SOCIAL .

EN OTROS PAISES

### 1.1 EGIPTO

Los Egipcios no concebían a las patologías como demoníacas, como las aceptaban en las tribus mesopotámicas, las aceptaban como etiología universal que eran consecuencia del ambiente cálido y húmedo en que se deslizaba su vida, existía la teoría humoral que más tarde fue adoptada por los griegos.

Los Egipcios utilizaron como elementos curativos, extractos y porciones vegetales de valor positivo, como el opio, el cólico, la mandrágora, la manzanilla, la menta, el ricino y algunos minerales, pero perdieron por completo su valor los productos de origen animal, como la sangre de hipopótamo, el sebo de ganso, y los úteros de gata, basaban su efecto en un poder mágico más que una acción farmacológica efectiva.

Los egipcios poseyeron también una cirugía adelantada no tanto como la medicina y sus intervenciones, pero ha quedado constancia en las descripciones técnicas de los papiros y en numerosos instrumentos de aplicación quirúrgica conservados hasta hoy.

### 1.2 LOS HEBREOS

“La medicina de los hebreos estaba dominada enteramente por el principio teocrático que regía la legislación moral, social, y la política del pueblo”.<sup>1</sup> La historia más remota de la medicina de Israel, se localiza en los escritos bíblicos y talmúdicos, lo que hace fascinante a la historia de la medicina hebrea es que a menudo se puede comprobar que algunas tradiciones, prácticas y pensamientos llegados al exterior fueron absorbidos y filtrados a través del sistema moral y legislativo del israelita

---

<sup>1</sup> Manuel Barquín, La Historia de la Medicina en su Problemática Actual, Librería de Medicina, México D.F., 1979, p. 40.

Los hebreos derivaron, el ejercicio de la medicina del concepto monoteísta, el cual correspondía a la divinidad la función de curar, es por esto que la medicina de los hebreos difiere de todos los pueblos antiguos, reconociendo en Dios la fuente de salud pero también la del mal, las invocaciones de los salmos debían considerarse como simples plegarias y las imprecaciones que se leen en ellos, se debían interpretar como prácticas mágicas.

En las leyes divinas estaba la causa del perfecto cumplimiento que la legislación sanitaria alcanzó entre los hebreos, a esto se le puede considerar como los primeros codificadores de prescripciones higiénicas.

Las prácticas médicas que se describían desde los antiguos textos babilónicos y egipcios eran prácticas mágicas y religiosas de diversos dioses pero ajenos y prohibidos al pueblo, por ello en la literatura judía lo más relativo a tales prácticas es muy pobre, pues existieron algunos escritos de la medicina práctica; pero fueron prohibidos y destruidos dentro de la práctica de la medicina bíblica.

### 1.3 CHINA

La medicina tradicional china es una forma fundamentalmente taoísta, es decir entiende a la medicina y al cuerpo humano. Uno de los primeros vestigios de esta medicina lo constituye el Nei Jing, que es un compendio de escritos médicos, que posteriormente representaría uno de los pilares de la medicina tradicional china, para los próximos años.

Con la llegada de la dinastía Han y con el apogeo del taoísmo, se empiezan a enfatizar los remedios vegetales y minerales, los venenos, la dietética, así como las técnicas respiratorias y el ejercicio físico.

#### 1.4 INDIA ANTIGUA

En las áridas arenas del Sind o Valle del Indo se han revelado restos de civilizaciones que existieron hace cinco o seis mil años, correspondientes a pueblos que vivían en ciudades. De ahí, que se haya formado la raza Aria, los arios incorporaron muchas costumbres civilizadas de los conquistadores y así se desarrolló el pueblo indonario.

La literatura de los indios es rica en conocimientos tradicionales, los más antiguos y sagrados libros de la India llevan el nombre colectivo de Veda. La cual significa conocimiento, pues ya que el conocimiento religioso era considerado la sabiduría por excelencia.

El Atharva Veda, es el primer documento indio en el cual aparecen referencias sobre temas médicos y está impregnado de magia. El conjunto de escritos médicos que se fueron acumulando con el tiempo se denomina Ayur Veda, que significa conocimiento de la vida.

Esta última se dividía en ocho secciones que son: 1. - Salya, que se trataba del arte de extraer sustancias extrañas como madera provocando inflamación y supuración, 2. - Salakya, que era un instrumento de filo que se utilizaba en el tratamiento de las afecciones orgánicas externas, 3. - Kaya Chikitsa, que se refiere al tratamiento clínico, 4.- Bhutavidya que se trata de la restauración de las facultades mentales, 5.- Kumara Bhriya que trata la puericultura y el tratamiento de los desordenes orgánicos de las madres, 6.- Agadadantra que es el arte de administración de los antidotos, 7. - Rasayantantra que era un tratado de química y tónicos, 8.- Vaikantantra que contenía sugerencias y directrices para el aumento de la raza humana.

“En la sociedad India, era frecuente castigar a los delincuentes por medio de la mutilación, un ejemplo de ello es, en el adulterio la amputación de la nariz, pero a gracias a estas medidas punitivas, empieza a desarrollarse la cirugía plástica, con el objeto de reparar narices y orejas desfiguradas”.<sup>2</sup>

La enfermedad era considerada como consecuencia de la posesión de un demonio o el resultado de algún pecado cometido previamente. Los médicos indios eran además magníficos observadores, determinaban la constitución según la morfología corporal y

---

<sup>2</sup> Ibidem, p.65

formulaban el pronóstico no solamente por medio de los augurios sino a la observación de las facies.

La instrucción y normas de carácter ético aplicables a los médicos constituían uno de los más hermosos legados de la medicina de la india antigua, los conocimientos se transmitían de generación en generación y los médicos ejercían su profesión con ceremoniosa solemnidad, el estudiante de medicina era generalmente de una familia perteneciente a la casta Vaisha, que pertenecía a la clasificación de las castas indias. Otras condiciones que debía tener el médico eran: ser humanitario y filántropo, tener una voz agradable, lengua fina, nariz y ojos rectos, labios delgados, sin que al hablar descubriera las encías y debía poseer una cabellera abundante.

### 1.5 GRECIA

En el marco inestable de las distintas corrientes que componían las prácticas médicas en la Grecia Clásica, la aproximación a la enfermedad y a su definición que realizaban las personas más cercanas a lo que hoy denominamos "médicos", se fundamenta en una doble aproximación, por un lado, en la propia declaración del sujeto, en la finura de la observación y por el otro en la descripción del cuadro sintomático; la identificación de la enfermedad por los médicos hipocráticos reposa sobre las quejas de los enfermos y sobre lo que constatan por si mismos. Por otro lado, al estar prohibido intervenir en el interior del cuerpo humano, los médicos hipocráticos tenían que acudir a los llamados métodos analógicos para poder diagnosticar la enfermedad.

### 1.6 EDAD MEDIA

En la Edad Media, la medicina está centrada en los monasterios, pero de los siglos XI al XIII se vivió la influencia árabe, así como a mediados de los siglos XIII y XIV, el auge de la ciencia medieval. Durante el Bajo Medievo, se dio la incorporación de los textos médicos árabes y la medicina dejó de estar en manos de los monjes.

En la Alta Edad Media la medicina se componía de Dietética, Pharmaceutica y Chirurgical. La dietética se destinaba a las personas sanas para regular su vida

En esta época existía el herbario, que se trataba de un libro con mucha variedad de obras. El tratamiento de las enfermedades, tanto en el mundo antiguo, como en el medieval es basado en el herbario o libros con descripciones de plantas medicinales;



el primer herbario griego fue el de Diocles de Karisto, luego apareció la obra de Dioscórides que fue el que más influenció, y fueron innumerables las traducciones, los comentarios y las ampliaciones a sus escritos. Las plantas medicinales se recogían ciertos días señalados y la recolección se acompañaba de oraciones especiales, lo cual relacionaba esta actividad con la magia.

Debido a que la práctica de la medicina durante el alto medievo estaba preferentemente en manos de los monjes, los principales centros de enseñanza y práctica médica estaban localizados en los monasterios, en donde se conservaban excelentes bibliotecas, estas debían ser delicadas y limpias. Desde aquella época se pensaba que los pacientes debían gozar de salud, la cual definían como una integridad armónica y un equilibrio natural del cuerpo, así como también definían a la patología, como el estudio de la pérdida de equilibrio, deducían también que la armonía puede recuperarse mediante el arte de la moderación, a esto le llamaban medicina.

### 1.7 RENACIMIENTO

La medicina llevada a cabo por una sola persona, fue plasmada en la Europa renacentista con la llegada de las investigaciones experimentales, principalmente de la disección, a través del examen de los cuerpos, de una forma hasta entonces ajena al resto de culturas. La obra de personas como Andreas Vesalius y William Harley, desafiaron con evidencia científica a los prejuicios aceptados por la sociedad de entonces. La comprensión y el diagnóstico de enfermedades se vieron mejoradas, pero no tuvieron un reflejo directo en beneficio de la salud. No existían demasiados medicamentos más allá del opio y de la quinina, y las curas populares (algunas basadas en compuestos metálicos venenosos), que usaban frecuentemente.

### 1.8 ALEMANIA

El surgimiento de Alemania como una nación unificada bajo la férrea dirección de Bismarck se acompañó de un gran desarrollo de la medicina, que la llevó a transformarse en uno de los principales centros médicos de Europa y que no declinó sino hasta la primera Guerra Mundial.

En la primera mitad del XIX los estudiantes iban a París, después de 1848 empezaron a viajar cada vez más a las universidades alemanas y en especial a Berlín. Varias de las más grandes figuras de la medicina, de la segunda mitad del siglo XIX trabajaban y

enseñaban en Alemania, como Virchow, Koch, Helmholtz, Liebig, Von Behring, Röntgen, Ehrlich y muchos más. Varias de las teorías más fecundas y de los descubrimientos más importantes para el progreso de la medicina científica se formularon y se hicieron en esa época, muchos de ellos en Alemania.

A continuación se citaran algunas de las teorías que, a partir de la segunda mitad del siglo XIX, han completado la transformación de la medicina en una profesión científica: la teoría de la patología celular, la teoría microbiana de la enfermedad, los antibióticos, la inmunología, la anestesia, entre otros.

### 1.9 ESTADOS UNIDOS

El hombre, como todos los animales reaccionaba de manera instintiva contra la enfermedad; así lo hacía al frotarse un miembro dolorido, al rascarse una lesión, al acercarse al fuego para aliviar un dolor de espalda, así como por instinto buscaba alimentos que le dieran fuerza y hierbas que lo curaban si se sentía enfermo.

Pero la naturaleza lo dotó de algo más que el instinto, le dio mejor cerebro que a los demás animales, el poder de observar y razonar acerca de las cosas, de recordar y comunicar a otros su experiencia por medio del lenguaje. Por miles de años los hombres sufrieron fracturas de las piernas mientras cazaban en las selvas y al cabo de unas semanas se consolidaba la fractura pero la pierna quedaba más corta y el hombre lisiado, un buen día alguien tuvo la ocurrencia de estirar el miembro roto pensando que así no se acortaría y aunque el procedimiento era muy doloroso para la víctima, siguió tirando el extremo roto pero no tardó en ver que el miembro volvía a encogerse cuando lo soltaba, y entonces tomó un trozo de corteza de árbol o una tablilla de madera y atándola a la pierna rota para que permaneciera extendida comprobó que el resultado, fue que la víctima se recuperó sin cojera.

Fue así como en este país se hizo uno de los más grandes descubrimientos de los inicios de la cirugía. “La medicina, el arte de conservar y restaurar la salud es un aspecto de la civilización humana”.<sup>3</sup> La medicina siempre tuvo dos elementos desde el principio fue un oficio y lo practicaban los artesanos que debían ser hábiles con las manos pero los procedimientos manuales se transmitían por vía oral de padre a hijo o de maestro a discípulo.

---

<sup>3</sup> [www.omega.ilce.edu.mx](http://www.omega.ilce.edu.mx)

El médico de antaño recogía las hierbas y los minerales que necesitaba para sus drogas y así preparaba sus remedios, pomadas, píldoras y jarabes.

EN MEXICO

#### 1.10 LA MEDICINA PREHISPANICA

El pensamiento científico que se ostenta como paradigma del conocimiento menciona que al hablar sobre la medicina de los antiguos mexicanos que se desarrolló en ese pueblo, fue un conocimiento ancestral y empírico transmitido de generación en generación desde tiempos inmemoriales pero este reconocimiento que se acepta sin conceder, elude discutir como se originó este y sobre todo cual fue el marco conceptual o paradigmático que le dio la estructura.

El interés por la salud ha sido fuente de inspiración para muy variadas manifestaciones de cultura en todos los pueblos, entre los mejores frutos del intelecto sea en el arte o en la ciencia; están los consagrados a la comprensión y representación de la salud y la enfermedad.

La búsqueda del conocimiento, de las causas de la enfermedad, así como de su tratamiento y prevención, es impulsada vigorosamente por el íntimo anhelo de todo ser humano de gozar a plenitud una vida larga y saludable.

#### 1.11 LOS AZTECAS

Los antiguos pobladores del Anáhuac tuvieron también sus Dioses, ora creadores, ora protectores y todas las ramas de la medicina. Resulta difícil averiguar si la medicina que existió en el nuevo continente llegó con diversas emigraciones que atravesaron el Estrecho de Bering, ni siquiera se puede precisar si alguna forma de curar vino con las familias que hablaban nahuatl o nahoa y fundaron la ciudad de la Tollan.

De los Chichimecas y de los Acolhuas que les sucedieron, poco se sabe de sus tradiciones acerca de la medicina, pero fue hasta la época clásica cuando ya floreciente Texcoco vino a hacer la cuna de las ciencias y las artes en el antiguo Valle de México, en el siglo XVIII llegó por fin la tribu azteca que fue la que impuso hegemonía en lo que hoy es la República Mexicana, la medicina fue una profesión

vulgar, que nació en el seno de la familia y se hizo hereditaria de padres a hijos pasando a través de una tradición oral.

En México la medicina primitiva fue empírica y mágica, de allí la intervención de sus divinidades rogativas y prácticas seudoreligiosas, pero su ejercicio no estuvo en manos de los sacerdotes en todos los casos, sino que un jefe sacerdote después de muerto y deificado curaba a los enfermos y resucitaba a los muertos.

El arte de curar mexicana a diferencia de la medicina empírica del viejo continente no fue especialmente sintomática, sino que los mexicanos se ocuparon de sus causas y su esencia. La medicina mexicana en sus múltiples manifestaciones, estaba dotada de un politeísmo ingenuo que trataba de explicar todos los fenómenos fisiológicos de los antiguos mexicanos. La medicina mágica trataba de remediar las enfermedades que estaban envueltas en el mito y las prácticas de hechicería trataban de encontrar una explicación por la intervención de las deidades a las que conferían la virtud de otorgar la salud o quitarla.

Entre los aztecas existía el Dios Xipe que era la divinidad tutelar de la medicina aunque no era exclusivo pues también se dice que era el Dios de los Plateros. Otro de los Dioses principales era Tlaltecuin quién era el Dios al que los padres encomendaban a sus hijos enfermos.

La enseñanza o instrucción de la medicina fue impartida por los aztecas en los lugares anexos a los templos llamados Calmecac o Tepochtlató; y el cacique era el encargado de supervisarla, la efectuaban los sacerdotes y la recibían los discípulos. La medicina no se aprendía como era de suponerse en los templos, entraba en la categoría de artesanía u oficio, que el padre enseñaba al hijo; era una forma de arte u oficio hereditario.

Siendo un pueblo guerrero los aztecas tuvieron buen cuidado de llevar a cabo prácticas de medicina, cirugía y hospitalarias de acuerdo con sus necesidades, con el objeto de atender a la salud de los guerreros enfermos y heridos.

En el Códice Magliabechiano, se describían chozas primitivas que sirvieron de hospitales militares, aplicándoles cataplasmas, haciéndoles beber infusiones y cocimientos, para curar las heridas infectadas como el uso del aceite hirviendo.

A los curanderos de se les llamaba Tlamatepatocitl y a los Cirujanos Toxotlaticitl, que acompañaban al ejercito, ejercían la medicina por separado. Los cirujanos conocieron la sutura, la escarificación, y la trepanación craneana, y también mostraron excelentes trabajos odontológicos.

En la medicina; es de señalarse ocurrieron importantes descubrimientos, como por ejemplo; el de las virtudes de muchas plantas y flores para las diversas afecciones y males. La Diosa de la Medicina se llamaba Tzapotlatepan en tanto que fue la madre de todos los dioses aztecas y diosa de la maternidad.

### 1.12 LOS MAYAS

La más brillante y admirable de todas las culturas americanas quizá haya sido la maya. La medicina mágica se concibió desde el principio, al afirmar que la fuerza de un hombre podía estar en sus cabellos o en los dientes, o en los ojos según el mito del Popol Vuh, pero también éste tipo de medicina estaba ligada a dos ancianos llamados “los abuelos de cabellos blancos” que más tarde serían considerados dioses benéficos.

Los dioses mayas de la medicina eran tres, Ixchel, Cit Boltún y Zamná, se afirmaba que los dos primeros fueron una mujer y un varón que formaban una pareja que descubrió las virtudes de las plantas y fundaron la profesión de médico que quiere decir: “ el que entiende” y el tercero fue sacerdote y jerarca.

Cuando un hombre caía enfermo llamaba al sacerdote, al curandero o hechicero y combinaban sus oraciones con ceremonias especiales, sangrías de las partes enfermas y la administración de hierbas indígenas. Los partos eran atendidos por mujeres con experiencia empírica en obstetricia. El médico maya era considerado al mismo tiempo profeta y productos de enfermedades.

Los conocimientos médicos eran transmitidos por los ancianos a los jóvenes por lo tanto era lógico que el hijo recibiera la experiencia de su padre, el adiestramiento médico comenzaba en la edad temprana, en la cual se principiaba como simple ayudante, pasaba a aprendiz hasta convertirse en médico. Hombres y mujeres eran considerados igualmente aptos para el ejercicio del arte, sin embargo el hombre

alcanzaba el doctorado en su juventud y la mujer hasta pasada la edad de la menopausia es decir cuando ya estaba libre de la impureza derivada de los partos y ciclos menstruales.

## **SURGIMIENTO DE LA SEGURIDAD SOCIAL.**

### DIVERSOS PAISES

#### 1.13 ESPAÑA

Los antecedentes más remotos de la seguridad social española, se lo calizan en los montepíos militares y de funcionarios civiles, pues datan del siglo XVIII.

En 1883, se crea la Comisión de Reformas Sociales, que surge como producto de las luchas obreras, con el propósito de obtener el derecho de asociación y protección social. Las primeras figuras del seguro colectivo de los trabajadores fueron las cajas de retiros y socorros para enfermos e inválidos del trabajo.

En 1900, con la ley de Accidentes de Trabajo se logró proteger cuatro aspectos: 1. - definición de la responsabilidad del empresario, 2. -definición de accidente de trabajo, 3.-inclusión de la asistencia sanitaria como responsabilidad del empresario, 4. -fijación cuantitativa de las prestaciones derivadas de accidente de trabajo.

En 1903, se crea el Instituto de Reformas Sociales y en 1904 se celebra la Conferencia de Previsión Popular, ambos antecedentes del surgimiento del Instituto Nacional de Previsión, el cual nace en el año de 1908, y tiene como principal característica la promoción de la previsión popular. Así como en el año de 1942 se crea el seguro de enfermedad y en 1946, las mutualidades laborales con carácter de obligatorio y con base profesional, las cuales establecen protección complementaria a la de los seguros sociales ya existentes.

Por último en 1947, nace el seguro obligatorio de vejez e invalidez (sovi), así como en 1956 el seguro de accidentes y enfermedades profesionales.

## 1.14 ALEMANIA

Los problemas sociales, surgidos con motivo del nacimiento de la nueva industria se agudizan a finales del siglo XIX y se acentúan en los primeros años del siglo XX. Una nueva concepción de la sociedad, del derecho, del estado y del hombre habían de gestarse.

En Alemania en el año de 1883, "BISMARCK implanta los seguros sociales, los cuales protegerían lo siguiente, el accidente profesional, la enfermedad, la invalidez y la vejez".<sup>4</sup> Este célebre estadista entendía que era necesario contar con organismos sociales eficaces y reconocía además, que la disminución de la capacidad activa de la población repercute desfavorablemente sobre la economía general del país.

Con el tiempo se lleva a cabo La 3ª. Conferencia Interamericana de Interés Social en 1951 señaló que la seguridad social nace de realidades sociales y de necesidades económicas del individuo y se traduce en una unidad universal de protección biosocioeconómica. "El Dr. José González Calvin en su obra escribe: la seguridad social emplea los mismos métodos que el seguro pero su campo de acción es mucho más vasto. La enfermedad, el accidente, la invalidez, la vejez y la muerte siguen mereciendo su vigilante atención".<sup>5</sup>

Es decir desde aquella época definían a la vida como, salud, trabajo, valentía, cultivo de la inteligencia, convivencia y amor. Y la seguridad social se debía empeñar en llevar todo eso hasta donde sea posible. En fin, es la elevación de la personalidad humana en todo su complejo psicofísico, amparando a todos los riesgos fundamentales, como son : pérdida de salud, pérdida de capacidad del trabajo, pérdida del salario invalidez, procurando proteger la integridad físico orgánica de los hombres conservándola o recuperándola cuando se ha perdido .

"Yoao Lyra Madeira, dice que es necesario tener siempre en cuenta que la seguridad social quiere decir simplemente una formación más amplia o más completa del seguro social".<sup>6</sup>

---

<sup>4</sup> Francisco González Lombardo, El Derecho Social y la Seguridad Social Integral, Dirección General de Publicaciones UNAM, México D.F.,1978, p.123.

<sup>5</sup> Francisco González Lombardo, Op.cit., p.122.

<sup>6</sup> Loc.cit.

En resumen, podemos decir que la seguridad social, desde aquellos tiempos debía comprender, un vasto programa de reconstrucción política económica y social

#### 1.15 ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO Y LA SEGURIDAD SOCIAL

En el preámbulo de la Organización Internacional del Trabajo (1919) en los Considerádoos se señala, que una paz universal y permanente no puede fundarse sino sobre la base de la justicia social

#### 1.16 BRASIL

La génesis de la moderna protección social brasileña tuvo lugar en la última década de los años veinte, cuando todavía existía el dominio de la oligarquía agraria y la industrialización del país. Fue en ese momento, cuando “surgen, las cajas de jubilaciones y pensiones como instituciones privadas en las cuales el Estado no intervenía directamente”. El modelo de seguro social de esos años se puede caracterizar como comprensivo y pródigo en beneficios y con una gestión privada. Los empleados del ferrocarril, por ejemplo, tenían derecho a socorro médico, a medicamentos, a jubilación y a pensión para sus herederos en caso de muerte.

Por otra parte, la protección social y la regulación política de la clase trabajadora populista llevó al Estado, entre 1933 y 1938, al aumento significativa tivo de la cobertura, mediante la creación de los institutos de jubilaciones y pensiones, pero al mismo tiempo, de manera contradictoria, implantó un modelo de contención del gasto y aumento de las contribuciones de los trabajadores y los patrones, que le restó legitimidad. Así, la orientación de la política social cambió de un esquema amplio y pródigo, a un modelo limitado, cuya aplicación aprovecha la creación gradual de los institutos mencionados con anterioridad, por medio de una gestión cada vez más controlada por parte del Estado. En este contexto, la restricción de los gastos y el aumento de las cotizaciones llevó a una construcción de un régimen de capitalización. En vista, de que tanto la federación, como las empresas no cumplían cabalmente con sus contribuciones, la continuidad del sistema de capitalización recaía en los asegurados.

El régimen autoritario se reflejó en la seguridad social debido a la intervención directa del Estado en la administración y el control de los Institutos de Jubilaciones y



Pensiones, al eliminar la representación de los trabajadores, posteriormente, éste fusionó los institutos en comento con el Instituto Nacional de Seguridad Social, como una manera de adecuar su gestión a una marcha forzada de la industrialización y a la creación de un nuevo régimen de acumulación que combinaría tanto la orientación al mercado interno como a las exportaciones de manufacturas. Esto requirió del aumento de la cobertura del seguro social y, dentro de éste, un hincapié en la atención médica en centros urbanos y en zonas rurales.

#### 1.17 CHILE

En Santiago de Chile, en 1942 se celebra la 1ª. Conferencia interamericana de Seguridad Social, entendiéndose por esto, una economía auténtica y racional de los recursos y valores humanos que cada país debe crear, mantener y acrecentar en el valor intelectual, moral y filosófico de sus generaciones activas, así como preparar el camino de las generaciones venideras y sostener a las generaciones eliminadas de la vida productiva.

#### 1.18 FILADELFIA

En la Declaración de Filadelfia del 10 de mayo de 1944, surgida del seno de la XXVI Reunión de la Conferencia General de la Organización del Trabajo, se reafirmaron principios fundamentales entre los que se señalaron: que la pobreza, en cualquier País constituye un peligro para la prosperidad de la salud y la vida, que la lucha contra la necesidad debe realizarse con incesante energía dentro de cada nación y mediante un esfuerzo internacional, continuo y concertado en el cual los representantes de los empleados y empleadores, colaborando en pie de igual con los representantes de los gobiernos participen en discusiones libres y en decisiones de carácter democrático a fin de promover el bienestar común que todos los seres humanos sin distinción de raza, credo o sexo tienen el derecho de perseguir, su bienestar material y su desarrollo espiritual en condiciones de libertad y dignidad, de seguridad económica e igualdad de oportunidad.

#### 1.19 ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE SALUD

Uno de los organismos internacionales vinculados con las Naciones Unidas, en el problema de la asistencia y la salud pública destaca la Organización Mundial de la Salud, la cual fue constituida y aprobada el 22 de julio de 1946.

La cual tiene como finalidad lograr que todos los pueblos del mundo alcancen el nivel de salud mas elevado posible. Los servicios de esta organización son de dos tipos consultivos y técnicos.

#### 1.20 FRANCIA

En la declaración universal de los derechos del hombre, elaborada por la UNESCO y aprobada el 1º. de Diciembre de 1948 en el Palais (Palacio) Chaillote de París en sus Artículos 22 y 25 declara “toda persona como miembro de la sociedad tiene derecho a la seguridad social a tener mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta entre la organización y los recursos de cada estado la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales indispensables en el desarrollo de su personalidad”.<sup>7</sup>

#### 1.21 LA DECLARACIÓN DE MÉXICO Y LA SEGURIDAD SOCIAL

En la VI Reunión de la Conferencia Íteramericana de Seguridad Social que se celebro en México del 14 al 27 de Septiembre de 1960, la delegación de México después de un intercambio de experiencias, puntos de vista y preocupaciones, propuso a los representantes de los Organismos Internacionales, así como a la Asociación Internacional de la Seguridad Social un proyecto titulado Declaración de Principios de Seguridad Social Americana, el cual tenía como principal objetivo establecer los principios de la Seguridad Social Americana y Universal.

Por fin el 27 de Septiembre de 1960 fue firmada por la totalidad de las Delegaciones de la Reunión mencionada en el párrafo anterior y quedo plasmada en la historia del derecho social latinoamericano como Declaración de México.

#### 1.22 LA SEGURIDAD SOCIAL DE LA FUERZAS ARMADAS

El derecho social se ha venido extendiendo así mismo a otros sectores importantes como el militar que comprende el ejército personal de tierra y aire y a la marina que desde el 11 de marzo de 1926 se le dio la Ley de Retiros y Pensiones sustituida por la del 30 de diciembre de 1955 y ésta por la Ley de Seguridad para el Ejército y la Armada de diciembre de 1961.

---

<sup>7</sup> Francisco González Lombardo, Op.cit; p.125.

### 1.23 LA UNION EUROPEA

Como bien indican Roccella y Treu, serán las normas del derecho derivado las que fijen el alcance de distintos ámbitos esto es: 1. -Respecto del principio de igualdad de tratamiento y no discriminación por razón de la nacionalidad. 2. -Respecto del calculo de las prestaciones 3.-Respecto de la exportación de las prestaciones 4. -Respecto de la determinación de la Ley aplicable teniendo en cuenta las disposiciones de derecho necesario del lugar de prestación de los servicios. 5. -Respecto de la administración imprescindible entre los diferentes organismos aseguratorios en los distintos estados implicados.

Según “Montoya-Melgar la idea principal, en la ordenación jurídico-comunitaria de la seguridad social de los trabajadores, se fundamenta en dos premisas . - la mayor es la del mantenimiento del principio de territorialidad de las normas de seguridad social y el carácter contributivo de sus prestaciones y la menor es la constatación de la situación del trabajador que pasa de un sistema a otro de seguridad social”.<sup>8</sup> La conclusión de este ordenamiento, no puede ser otra cosa mas que la de evitar al máximo los perjuicios a los trabajadores migrantes mediante la acción normativa comunitaria.

### 1.24 PRINCIPIOS Y MARCO NORMATIVO DE LA SEGURIDAD SOCIAL DE LOS TRABAJADORES.

Puede afirmarse que la regulación del derecho derivado de la protección social de los trabajadores, se fundamenta en dos normas básicas: a) por un lado, en el reglamento del Consejo de 14 de junio de 1971 relativo a la aplicación de los regímenes de seguridad social a los trabajadores por cuenta ajena los trabajadores por cuenta propia y los miembros de sus familias que se desplazan dentro de la comunidad.

Han de mencionarse diversas direcciones comunitarias que vienen a cerrar el marco normativo de derecho derivado, directivas que en algunos casos forman parte del conjunto de normas sobre la igualdad de tratamiento hombre mujer y que en otros Países, pertenecen al ámbito de la seguridad y la salud en el trabajo .

---

<sup>8</sup> José Cabrera Bazan, Trabajo Subordinado y Trabajo Autónomo en la Delimitación de Fronteras del Derecho del Trabajo, Tecnos, 1999, p.52.

## 1.25 MARCO JURIDICO COMUNITARIO DE LA SEGURIDAD Y SALUD LABORAL

La seguridad y la salud laboral, como objetivo social prioritario de la Unión Europea a diferencia de lo que sucede en las demás ramas del ordenamiento social cuya regulación jurídica a nivel comunitario ha sido bastante parca. Se trata de un hecho que no puede ser considerado como una mera cuestión anecdótica puesto que esa proliferación normativa no viene más que a representar la punta del iceberg de un fenómeno menor, como es la configuración comunitaria a través de un complejo normativo, de un auténtico sistema institucional de prevención de riesgos laborales.

Esto constata, que resulta relevante pero solo en su plena trascendencia, es decir cuando se compara con el alcance real de los objetivos perseguidos por las disposiciones comunitarias más significativas en materia de relaciones individuales de trabajo o de protección social, pero ello dará como resultado la adopción de la Normativa-Comunitaria de Seguridad y Salud laboral, e implicará la asunción por parte de la Unión Europea del sistema comentado, es decir la de Prevención de Riesgos Laborales que habrá de prevalecer sobre las particularidades de los diversos Sistemas Nacionales lo que para muchos fue una su completa reordenación, tal como viene sucediendo en España desde mediados de la década de 1990.

Para tener una idea de las implicaciones sociales y económicas de esa significativa trascendencia de la Normativa Comunitaria de Seguridad y Salud Laboral bastaría con advertir que si bien el objetivo de eliminar las diferencias de trato por sexo o nacionalidad, garantizó la libre circulación infra-comunitaria de los trabajadores de los distintos Estados Miembros , con la finalidad de que se establezcan similares niveles de protección social como una ineludible medida de naturaleza económica, puesto que existían diferentes niveles nacionales de protección.

Ambos bloques jurídicos constituyeron las dos columnas básicas que soportan la edificación del sistema europeo de prevención de riesgos laborales; así como los formatos elaborados por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo con los que se pretende visualizar las bases jurídicas y los marcos programativos de la norma comunitaria de seguridad y salud laboral para su aplicabilidad al ordenamiento interno español.

## EN MEXICO

### 1.26 LA COLONIA

Esta época es el resultado del estudio de la legislación de los repartimientos y de la encomienda de los hospitales, de los grandes misioneros, así como de las ordenanzas que regularon y exigieron el cumplimiento de deberes sociales y del progreso material provocado por el mensaje de protección y cuidado, no solo espiritual, sino también material y económico llevado a las más lejanas regiones.

Así mismo se realiza la primera declaración de los derechos del hombre Americano y se da la legislación de las Indias; inspirada en los principios de dignidad de la persona humana, de libertad e igualdad, de caridad y de justicia social.

### 1.27 NUEVA ESPAÑA

Grandes fueron los teólogos juristas, españoles que dieron base a una de las doctrinas, legislación y acción, que se vuelcan sobre la América recién descubierta. Los ideales Cristianos obraron como poderosa palanca que habría de moverse para el bienestar de los desvalidos.

Carlos I de España, en Fuensalida, el 7 de Octubre de 1851, expidió una Real Orden que debía de observarse tanto para vasallos, indios y españoles por igual, que establecía que aunque se careciera de recursos económicos, implantando como obligatoria la asistencia de la caridad cristiana. En efecto la ley primera señaló: que se fundarán Hospitales en todos los pueblos de españoles e Indios, en donde serían curados los pobres y se ejercitaría nuevamente la caridad.

### 1.28 LA INDEPENDENCIA

En este periodo se da la decadencia, especialmente la injusta condición humana provoca la primera etapa de nuestro moviendo libertario mediante el cual alcanzamos la independencia, El Padre de Nuestra Independencia "Miguel Hidalgo y Costilla, quien dijo alguna vez establezcamos un Congreso que se componga de representantes de

todas la ciudades villas y lugares que dicten leyes suaves benéficas y acomodadas a la constancia de algún pueblo”.<sup>9</sup>

Desde 1810 no puede señalarse la existencia de un hospital municipal de allí la necesidad de contar con un lugar para curar sobre todo a los heridos de las guerras que habría que darnos la Independencia. El hospital de San Pablo fue el elegido y en 1847 se tuvieron los primeros heridos.

## **ORIGENES Y EVOLUCIÓN DE LAS INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL EN MÉXICO.**

### **1.29 INSTITUTO MEXICANO EL SEGURO SOCIAL (IMSS).**

En 1935, el general Lázaro Cárdenas encomendó un proyecto de seguro social a el Abogado. Ignacio García Téllez, quien debe ser considerado como el padre de la seguridad social en México, mediante el cual se otorgara la prestación del servicio ante un Instituto de Seguros Sociales, con aportaciones y administración tripartitas, que incorporaría a todos los asalariados, tanto industriales como agrícolas.

Dicho proyecto de García Téllez se refería a la creación de un Instituto de Seguros Sociales, con aportación tripartita (Estado, trabajadores asegurados y patrones) que cubriría los seguros de: enfermedades profesionales y accidentes de trabajo, enfermedades no profesionales y maternidad, vejez e invalidez y desocupación involuntaria. El proyecto fue aprobado en el Consejo

---

<sup>9</sup> Francisco González Lombardo, Op.cit; p.393.

de Ministros y enviado a la Cámara de Diputados en diciembre de 1938. Sin embargo, los diputados consideraron que era conveniente elaborar un documento más completo y fundamentado en estudios actuariales. Además, el momento social del país derivado de la fuerte crisis provocada por la expropiación petrolera, exigía promover, antes que nada, la unidad nacional.

El surgimiento del IMSS, con Manuel Ávila Camacho (1940-1946). En 1942 el país contaba con las condiciones adecuadas para crear al Seguro Social y el presidente Manuel Ávila Camacho mostró un interés particular en las cuestiones laborales. El día que asumió la presidencia anunció la creación de la Secretaría de Trabajo y Previsión Social, también diseñada por Ignacio García Téllez.

Para el mes de diciembre de 1942, se envió a las Cámaras la Iniciativa de Ley del Seguro Social, que se cumpliría así uno de los ideales de la Revolución Mexicana, es decir, "proteger a los trabajadores y asegurar su existencia, su salario, su capacidad productiva y la tranquilidad de la familia; contribuir al cumplimiento de un deber legal, de compromisos exteriores y de promesas gubernamentales".<sup>10</sup> El Congreso aprobó la iniciativa y finalmente se publicó en el Diario Oficial de la Federación el 19 de enero de 1943 la Ley del Seguro Social.

En la exposición de motivos de dicha ley se estableció como finalidad de la seguridad social la de garantizar el derecho humano a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo. Como instrumento básico se estableció el Seguro Social y, para administrarlo y organizarlo, se decretó la creación de un organismo público descentralizado, con personalidad y patrimonio propio, denominado Instituto Mexicano del Seguro Social.

Durante este periodo, de creación y formal nacimiento del IMSS, el primer director fue el Lic. Santos Guajardo, quien sólo permaneció un año en el encargo. La característica de este periodo fue el inmovilismo, pues el Consejo Técnico del Instituto fijó su posición en el sentido de que primero había que recaudar para posteriormente iniciar la prestación de servicios.

Frente a esta falta de acción, el presidente Ávila Camacho nombra al secretario del Trabajo y autor de las propuestas de creación del IMSS, Don Ignacio García Téllez, como director del Instituto, quien logra romper las resistencias obreras y empresariales

---

<sup>10</sup> [www.prd.org.mx](http://www.prd.org.mx)

e inicia la prestación de los servicios apoyado por un grupo de colaboradores convencidos y comprometidos en medio de protestas públicas, manifestaciones e incluso de la única huelga de trabajadores del Instituto.

### 1.30 INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO (ISSSTE).

Corría el año de 1959, se conmemoraba en el Palacio de Bellas Artes el 21 aniversario de la expedición del Estatuto Jurídico de la Federación Sindical de Trabajadores al Servicio del Estado, el cual nació en el año de 1938, mismo año de la expropiación petrolera, en el cual el Presidente Adolfo López Mateos anuncio la iniciativa de ley que dio origen al Instituto de Seguridad Social y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, (ISSSTE), cuyos antecedentes se remontan al año de 1925, durante el régimen del General Plutarco Elías Calles, fecha en la que también fue promulgada la ley que estableció la Dirección General de Pensiones Civiles y de Retiro, Institución que tenía como principal objetivo la creación y la administración de un fondo de pensiones, generado con aportaciones del estado y de los trabajadores.

La Dirección, establecía pensiones por retiro obligatorio, voluntario o inhabilitación, y para deudos de funcionarios o pensionistas, con el excedente del fondo, se otorgaban prestamos para la adquisición o construcción de casas y para inversión en pequeñas industrias.

La Ley General de Pensiones Civiles y de Retiro, permaneció en el escenario de la seguridad social durante 21 años, a lo largo de los cuales fue reformada siete ocasiones y se realizaron tres adiciones encaminadas esencialmente a su forma. Nuevas leyes fueron promulgadas en marzo de 1946 y diciembre de 1947 y al fin el 30 de diciembre de 1959 fue publicada la ley del ISSSTE, la cual entro en vigor el 1 de enero de 1960, para atender a los trabajadores del gobierno federal y sus familiares

Este Instituto tuvo como principal objetivo mejorar la distribución del los beneficios del desarrollo económico y social de México, pero a finales de la década de los años 70, sus acciones se encaminaron al control racional del crecimiento de la población.

Primero se afiliaron los trabajadores del desaparecido Departamento del D. -F., las Secretarías de Gobernación, Salud, Comunicaciones y posteriormente se fueron integrando todas las dependencias del gobierno federal.



En sus inicios, solo otorgaba 14 prestaciones y seguros los que aumentaron a 21 en el año de 1994, con la creación del sistema de ahorro para el retiro, en estas prestaciones y seguros están comprometidos, la atención médica, cuidado y atención de los riesgos de trabajo, otorgamiento de pensiones, oferta de servicios sociales y culturales, apoyo para vivienda digna y préstamos personales.

**CAPITULO 2**  
**MARCO JURÍDICO DEL DERECHO Y LA PROTECCIÓN A LA SALUD,**  
**CONCEPTOS GENERALES E INSTITUCIONES ENCARGADAS DE LA**  
**SEGURIDAD SOCIAL EN MÉXICO.**

MARCO JURÍDICO DEL DERECHO A LA SALUD

2.1 CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS.

Artículo 4, en sus párrafos tercero y quinto:

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

Es deber de los padres preservar el derecho de los menores a la satisfacción de sus necesidades y a la salud física y mental. La ley determinará los apoyos a la protección de los menores, a cargo de las instituciones públicas.

Artículo 73, fracción XVI, numerales 1, 3:

1.- El consejo de salubridad general dependerá directamente del presidente de la República, sin intervención de ninguna secretaría de estado y sus disposiciones generales serán obligatorias en el país.

3.-La autoridad sanitaria será ejecutiva y sus disposiciones serán obedecidas por las autoridades administrativas del país.

Artículo 123, apartado A, fracción XXIX:

Es de utilidad pública la ley del seguro social y ella comprenderá los seguros de invalidez, de vejez, de vida, de cesación involuntaria del trabajo, de

enfermedades y accidentes, de servicios de guardería y cualquier otro encaminado a la protección y bienestar de los trabajadores, campesinos, no asalariados y otros sectores sociales y sus familiares.

Apartado B, fracción XI:

La seguridad social se organizará conforme a las siguientes bases mínimas:

- a) Cubrirá los accidentes y enfermedades profesionales, las enfermedades no profesionales y maternidad, y jubilación, la invalidez, vejez y muerte.
- b) en caso de accidente o enfermedad, se conservará el derecho al trabajo por el tiempo que determine la ley.
- c) Las mujeres durante el embarazo no realizarán trabajos que exijan un esfuerzo considerable y signifiquen un peligro para su salud en relación con la gestación. Gozarán forzosamente de un mes de descanso antes de la fecha fijada aproximadamente para el parto y de otros dos después del mismo, debiendo percibir su salario íntegro y conservar su empleo y los derechos que hubieren adquirido por la relación de trabajo.
- d) Los familiares de los trabajadores tendrán derechos a asistencia médica y medicinas, en los casos y en la porción que determine la ley.
- e) Se establecerán centros para vacaciones y para recuperación, así como las tiendas económicas para beneficio de los trabajadores y sus familiares.
- f) Se proporcionaran a los trabajadores habitaciones baratas, en arrendamiento o venta, conforme los programas previamente aprobados. Además, el estado mediante las aportaciones que haga establecerá un fondo nacional de vivienda a fin de constituir depósitos a favor de dichos trabajadores y establecer un sistema de financiamiento que permita otorgar a estos crédito barato y suficiente para que

adquieran en propiedad habitaciones cómodas e higiénicas o bien para constituir las, repararlas, mejorarlas o pagar pasivos adquiridos por estos conceptos.

## 2.2 LEY GENERAL DE SALUD

### Artículo 1:

La presente ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general.

### Artículo 2:

El derecho a la protección a la salud, tiene las siguientes finalidades:

- I) El bienestar físico y mental del hombre, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades.
- II) La prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana.
- III) La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuvan a la creación, conservación, y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social.
- IV) La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población, en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud.
- V) El disfrute de los servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población.
- VI) El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud; y
- VII) El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.

Artículo 3:

En los términos de esta ley, es materia de salubridad general:

- I) La organización, control y vigilancia de la prestación de servicios y de establecimientos de salud a los que se refiere el artículo 34, fracciones I, III, IV, de este ordenamiento.
- II) La atención médica, preferentemente, en beneficio de grupos vulnerables.
- II BIS) La protección social en salud.
- III) La coordinación, evaluación y seguimiento de los servicios de salud a los que se refiere el artículo 34 fracción II.
- IV) La atención materno infantil;
- V) La salud visual;
- VI) La salud auditiva;
- VII) La planificación familiar,
- VIII) La salud mental;
- IX) La organización, coordinación, y vigilancia del ejercicio de las actividades profesionales, técnicas y auxiliares para la salud;
- X) La promoción de la formación de recursos humanos para la salud;
- XI) La coordinación de la investigación para la salud y el control de ésta en los seres humanos;
- XII) La información relativa a las condiciones, recursos y servicios de salud en el país;
- XIII) La educación para la salud;
- XIV) La orientación y la vigilancia en materia de nutrición,
- XV) La prevención y el control de los efectos nocivos de los factores ambientales en la salud del hombre;
- XVI) La salud ocupacional y el saneamiento básico;
- XVII) La prevención y el control de enfermedades transmisibles;
- XVIII) La prevención y el control de enfermedades no transmisibles y accidentes,
- XIX) La prevención de la invalidez y la rehabilitación de los inválidos,
- XX) La asistencia social;
- XXI) El programa contra el alcoholismo;

- XXII) El programa contra el tabaquismo;
- XXIII) El programa contra la fármacodependencia;
- XXIV) El control sanitario de productos y servicios y de sus importación y exportación;
- XXV) El control sanitario del proceso, uso , mantenimiento, importación, exportación, y disposición final de equipos médicos, prótesis, ortesis, ayudas funcionales, agentes de diagnostico, insumos de uso odontológico, materiales quirúrgicos de curación, y productos higiénicos;
- XXVI) El control sanitario de establecimientos dedicados al procesos de los productos incluidos en las fracciones XXII y XXIII;
- XXVII) El control sanitario de la publicidad de las actividades, productos y servicios a que se refiere la presente ley;
- XXVIII) El control sanitario de la disposición de órganos, tejidos, y sus componentes, células, y cadáveres de seres humanos;
- XXIX) La sanidad internacional; y
- XXX) Las demás materias que establezca esta ley y otros ordenamientos legales, de conformidad con el párrafo 4 constitucional.

#### Artículo 4:

Son autoridades sanitarias:

- I) El Presidente de la República;
- II) El Consejo de Salubridad General;
- III) La Secretaría de Salud; y
- IV) Los órganos de las entidades federativas, incluyendo el gobierno del Distrito Federal.

### MARCO JURIDICO DEL DERECHO A LA PROTECCION DE LA SALUD

#### 2.3 LEY GENERAL DE SALUD

#### Artículo 23:

Para los efectos de esta ley, se entiende por servicios de salud todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad.

#### Artículo 24:

Los servicios de salud se clasifican en tres tipos:

- I.- De atención médica;
- II.- De salud pública y;
- III.- De asistencia social

#### Artículo 27.

Para los efectos del derecho a la protección de la salud se consideran servicios básicos de salud los referentes a:

- 1.- La educación para la salud, la promoción del saneamiento básico y el mejoramiento de las condiciones sanitarias del ambiente,
- 2.- La previsión y control de las enfermedades transmisibles de atención prioritaria, de las no transmisibles más frecuentes y de los accidentes,
- 3.- La atención médica, que comprende actividades preventivas, curativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias,
- 4.- La atención materno-infantil,
- 5.- La planificación familiar,
- 6.- La salud mental ,
- 7.- La prevención y el control de las enfermedades bucodentales,
- 8.- La disponibilidad de medicamentos y otros insumos esenciales para la salud,
- 9.- La promoción del mejoramiento de la nutrición y
- 10.- La asistencia social a los grupos más vulnerables.

#### Artículo 110:

La promoción de la salud tiene por objeto crear, conservar y mejorar las condiciones deseables de salud para toda la población y propiciar en el individuo las actitudes, valores y conductas adecuadas para motivar su participación en beneficio de la salud individual y colectiva.

#### Artículo 111:

La promoción de la salud comprende:

- I.- La educación para la salud,
- II.- Nutrición,
- III.-Control de los efectos nocivos del ambiente, en la salud;
- IV.- Salud ocupacional, y .
- V.- Fomento sanitario

### 2.4 LEY DEL SEGURO SOCIAL

Artículo 1.- La presente ley es de observancia general en toda la republica, en la forma y términos que la misma establece, sus disposiciones son de orden público y de interés social.

Artículo 2.- La seguridad social tiene por finalidad garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo así como el otorgamiento de una pensión que , en su caso y previo cumplimiento de los requisitos, será garantizada por el Estado.

Artículo 3.- La realización de la seguridad social esta a cargo de entidades o dependencias públicas federales o locales y de organismos descentralizados, conforme a los dispuesto por esta ley y demás ordenamientos legales sobre la materia.



Artículo 4.- el seguro social es el instrumento básico, de la seguridad social establecido como un servicio público de carácter nacional en los términos de esta ley, sin perjuicios de los sistemas instituidos por otros ordenamientos.

## MARCO JURÍDICO DE LA ATENCIÓN MÉDICA

### 2.5 LEY GENERAL DE SALUD

#### Artículo 32 :

Se entiende por atención médica el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover, y restaurar su salud.

#### Artículo 33:

Las actividades de atención médica son

- I.- Preventivas, que incluyen las de promoción general y promoción específica,
- II.- Curativas, que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno y
- III.- De rehabilitación, que incluyen acciones tendientes a corregir las invalideces físicas o mentales.

#### Artículo 34:

Los servicios de salud atendiendo a los prestadores de los mismos, se clasifican en:

- I.- Servicios públicos a la población en general
- II.- Servicios a derechohabientes de instituciones públicas de seguridad social a los que con sus propios recursos o por encargo del poder ejecutivo federal, presten las mismas instituciones a otros grupos de usuarios;
- III.- Servicios sociales y privados sea cual fuere la forma en que se contraten, y
- IV.- Otros que se presten de conformidad con lo que establezca la autoridad sanitaria

## ANTECEDENTES PARA LA TIPIFICACIÓN DE LA NEGLIGENCIA MÉDICA

### 2.6 CODIGO PENAL DE TAMAULIPAS.

#### TITULO DECIMO.- RESPONSABILIDAD PROFESIONAL

##### CAPITULO I. RESPONSABILIDAD MÉDICA, TÉCNICA Y ADMINISTRATIVA.

###### Artículo.- 235:

Los profesionistas, artistas, o técnicos y sus auxiliares serán responsables de los delitos que cometen en el ejercicio de su profesión, en los términos siguientes:

- I.- Además de las sanciones que resulten por los delitos consumados, según sean dolosos o culposos se les aplicará suspensión de un mes a dos años en el ejercicio de la profesión o privación para el caso de reincidencia. y
- II.- Estarán obligados a la reparación del daño por actos propios y por los de sus auxiliares cuando estos obren de acuerdo con las instrucciones de aquellos.

###### Artículo. 236:

Lo dispuesto en el artículo anterior se aplicará a los médicos que:

- I.- Habiendo otorgado responsiva para hacerse cargo de un lesionado o enfermo, lo abandone en su tratamiento sin causa justificada.
- II.- Habiéndose hecho cargo de la atención de un lesionado y éste lo abandone en el tratamiento, deje de comunicarlo inmediatamente a la autoridad correspondiente.

###### Artículo. 237:

A quienes ejerzan la medicina y sin causa justificada se nieguen a prestar sus servicios a un enfermo en caso de notoria urgencia, serán sancionados con

multa de uno a cinco días de salario. Si se produjera daño, por falta de intención se les impondrán además la sanción de un mes a cinco años de prisión e inhabilitación para el ejercicio profesional, por el término de tres meses a cinco años.

Artículo. 238:

Se impondrá prisión de tres meses a dos años, multa hasta de cien días de salario y suspensión de tres a un año, 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 soliciten, aduciendo adeudo de cualquier índole,
- II.- Retener a un recién nacido por los motivos a los que se refiere la parte final de la fracción anterior,
- III.- Retardar o negar cualquier motivo la entrega de un cadáver excepto cuando se requiera orden de la autoridad.

2.7 CODIGO PENAL DEL ESTADO TABASCO

ARTÍCULO 9:

El delito puede ser realizado por acción o por omisión. Quien omite evitar un resultado material descrito en un tipo de acción será considerado autor del mismo sólo si: de acuerdo con las circunstancias podía evitarlo, era garante del bien jurídico y su inactividad es, en su eficacia, equivalente a la actividad prohibida en el tipo. Es garante del bien jurídico el que: a) aceptó efectivamente su custodia; b) voluntariamente formaba parte de una concreta comunidad que afronta peligros de la naturaleza; c) con una culposa o fortuita actividad precedente generó el peligro para el bien jurídico; o d) se halla en una efectiva y concreta posición de custodia de la vida, la salud o integridad corporal de algún miembro de su familia

Artículo 339:

Se aplicara prisión de uno a cuatro años y multa de cien a trescientos días multa al medico que habiéndose hecho cargo de la atención de un enfermo o de un lesionado, deje de prestar el tratamiento sin dar aviso inmediato a la autoridad competente o no cumpla con las obligaciones que le impone la legislación de la materia.

Artículo 340:

Se aplicara prisión de uno a cuatro años y multa de cien a trescientos días multa, al medico en ejercicio que:

I. Estando en presencia de un lesionado o habiendo sido requerido para atender a este, no lo atienda ni lo traslade a la institución adecuada para su curación, o

II. Se niegue a prestar asistencia a un enfermo en caso de urgencia notoria, poniendo en peligro la vida o la salud de aquel, cuando por las circunstancias del caso, no pueda recurrir a otro medico ni a un servicio de salud.

ARTICULO 341:

Se aplicara prisión de dos a seis años y multa de doscientos a cuatrocientos días multa al médico que:

I. Realice una operación quirúrgica innecesaria, o

II.-Sin autorización del paciente ni de la persona que ante la imposibilidad o incapacidad de aquel pueda legítimamente otorgarla, salvo en casos de urgencia, realice una operación quirúrgica que por su naturaleza: ponga en peligro la vida del enfermo o cause la perdida de un miembro o afecte la integridad de una función vital.

Artículo 342:

Se impondrá de ciento veinte a ciento ochenta días de trabajo en favor de la comunidad y multa de cien a trescientos días multa a los dueños, directores,

administradores o encargados de cualquier centro de salud que, aduciendo adeudos de cualquier índole:

I. Impidan la salida de un paciente, cuando este o sus familiares soliciten la salida, o

II. Retengan sin necesidad a un recién nacido.

## 2.8 JURISPRUDENCIAS QUE TRATAN LA NEGLIGENCIA MÉDICA

### *Tesis Seleccionada*

**Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito      Epoca: 9a. Epoca**

#### **Localización**

Novena Época Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta Tomo: XXIII, Junio de 2006 Tesis: 1.7o.C.73 C Página: 1200 Materia: Civil Tesis aislada.

#### **Rubro**

PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS. RESPONSABILIDAD CONTRACTUAL EN RELACIÓN A LA OBLIGACIÓN DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE.

#### **Texto**

El error en el diagnóstico compromete la responsabilidad del médico derivado de su ignorancia, de examen insuficiente del enfermo y de equivocación inexcusable. Existen tres tipos de error de diagnóstico: a) Por insuficiencia de conocimientos o ignorancia, en el que el médico elabora un diagnóstico errado como consecuencia de la falta de conocimientos; b) Por negligencia, en el que el médico, por inexcusable falta de cuidado, no recabó la información usual y necesaria para la elaboración acertada del diagnóstico; y, c) Científico, donde el médico frente a un cuadro clínico complejo y confuso que supone síntomas asimilables a más de una patología, emite un diagnóstico incorrecto. El incumplimiento en la obligación de tratamiento propuesto al paciente se actualiza cuando emana de un diagnóstico erróneo, pues ello genera un tratamiento inadecuado o desacertado. Sin embargo, cuando el diagnóstico es certero y se ha calificado la enfermedad en forma correcta, es posible distinguir una serie de circunstancias que dan lugar a tratamientos culpables o negligentes, entre los que, a modo de ejemplo, se puede citar: 1. Empleo de tratamientos no debidamente comprobados o experimentales; 2. Prolongación excesiva de un tratamiento sin resultados; 3. Persistir en un tratamiento que empeora la salud del paciente o le provoca resultados adversos; 4. Abandono del paciente durante el tratamiento; 5. Prescripción de medicamentos previamente contraindicados al paciente, o que puede resultar nocivos a ciertos grupos de individuos, sin que se haya recabado la información oportuna; 6. Omisiones o errores en la receta médica, entregada al paciente como soporte material del tratamiento prescrito; y, 7. Prescripción, por parte del médico, de tratamientos que son propios de una especialidad que no posee. SÉPTIMO TRIBUNAL COLEGIADO EN MATERIA CIVIL DEL PRIMER CIRCUITO.

#### **Precedentes**

Amparo directo 96/2006. Ricardo Olea Rodríguez y otros. 27 de abril de 2006. Unanimidad de votos. Ponente: Sara Judith Montalvo Trejo. Secretario: Guillermo Bravo Bustamante.

**Registro No. 276071**

**Localización:**

Sexta Época

Instancia: Cuarta Sala

Fuente: Semanario Judicial de la Federación

Quinta Parte, XXXI

Página: 89

Tesis Aislada

Materia(s): laboral

### **TRABAJADORES DEL ESTADO. AUTORIZACION PARA EL CESE DE LOS, POR NEGLIGENCIA.**

Habiéndose acreditado que la trabajadora enfermera no puso en conocimiento de sus superiores las dificultades que existían para que el camillero cambiara el tanque de oxígeno destinado a la paciente, omisión que motivó que retardara el cambio de ese tanque, con evidente peligro para la vida de la paciente, ya que por prescripción médica estaba en uso constante de oxígeno, el Tribunal de Arbitraje, tomando en cuenta que la propia enfermera reconoció que ella era la encargada de vigilar que no le faltara oxígeno a la mencionada paciente, debió tener por acreditados los hechos constitutivos de la acción deducida por el titular a fin de obtener la autorización necesaria para cesar a dicha enfermera, de conformidad con el artículo 44, fracción V, inciso f) y del Estatuto de los Trabajadores al Servicio de los Poderes de la Unión, que establece como causa justificada para que se den por terminados los efectos del nombramiento, por resolución discrecional del Tribunal de Arbitraje, el hecho de que el empleado comprometa "con su imprudencia, descuido o negligencia, la seguridad del taller, oficina o dependencia donde preste sus servicios o de las personas que ahí se encuentren.". La circunstancia de que el tribunal haya invocado otras disposiciones legales, como son las contenidas en los incisos a) e i), del mencionado artículo 44, no desvirtúa la conclusión anterior, porque habiéndose probado los hechos generados del derecho cuya tutela demandó el ahora quejoso, el Tribunal de Arbitraje estaba obligado a aplicar las disposiciones legales conducentes, ya que el juzgador no se halla atado a los errores u omisiones de las partes, sino que en la búsqueda del derecho todos los caminos se hallan abiertos ante él, de conformidad con el principio *jure novit curia*.

Amparo directo 3904/59. Secretario de Hacienda y Crédito Público. 4 de enero de 1960. Unanimidad de cuatro votos. Ponente: Gilberto Valenzuela.

## CONCEPTOS GENERALES.

### 2.9\_Vida

Una de las tantas acepciones de la palabra vida, se puede definir como conjunto de las propiedades características de los animales y los vegetales transmisibles a la descendencia.

También se define como, tiempo en que un organismo esta en actividad o período de tiempo entre el nacimiento y la muerte.

Pero en mi opinión, quiero definirla como el período de tiempo, en el cual los seres humanos gozan de optima salud, para desarrollar de forma eficaz todas sus habilidades que han aprendido a través de esta.

### 2.10\_SALUD

La salud, es lo más importante, para que los seres humanos contemos, con un nivel físico y mental adecuado para el desarrollo de la vida, por lo que se entiende como, un valor social profundamente arraigado en su inclusión en la Carta de los Derechos Humanos de la ONU en 1948. El vínculo directo de la salud con la preservación de la vida y la existencia misma del individuo le confieren una connotación ética profunda. Este trasfondo moral del derecho a la salud explica porque no fue cuestionado durante medio siglo sino visto como un objetivo a alcanzar y del interés general de la sociedad. De allí se derivan su elevación a rango constitucional bajo la forma concreta del derecho a la protección de la salud y su conversión en objeto de la acción pública.

La salud y particularmente, la enfermedad han sido una preocupación humana de todos los tiempos y todas las culturas. De ello ofrecen abundantes testimonios las religiones, las artes y las ciencias. Sin embargo la idea de que derecho a la salud está ligada al reconocimiento de que todos los seres humanos tienen igual valor, independientemente de su posición social económica y legal, o étnica.



El derecho a la salud se base entonces en principios éticos y de equidad y ha adquirido el estatuto de un derecho social de los ciudadanos. Cabe subrayar que el reconocimiento de un derecho supone necesariamente definir un sujeto obligado a garantizarlo.

“Doyal y Gough consideran a la salud-como una necesidad humana porque carecer de ella, significa un daño serio y sufrimiento de la persona que le impide desarrollar sus capacidades potenciales y tener una participación social plena”.<sup>11</sup>

En la actualidad, los avances científicos y tecnológicos y el mejor conocimiento de la naturaleza han enriquecido el concepto de la salud aunque, al mismo tiempo, lo han diversificado considerablemente. Así desde el punto de vista estrictamente biomédico, la salud se concibe como la ausencia de la enfermedad y ésta, a su vez, como desviación de una norma fisiológica. Desde la perspectiva ecológica, la salud se entiende como la óptima capacidad del individuo para su continua adaptación al ambiente en el nivel físico, psicológico y social.

“La salud es, por lo tanto la ausencia de enfermedad, pero además es el óptimo grado de adaptación del hombre a su ambiente en un determinado contexto cultural y una experiencia subjetiva a individual”.<sup>12</sup>

Aún con las dificultades por lo relativo del estado de salud con respecto a múltiples factores, el “estar sano” y la búsqueda de la “salud” como algo preferible a la enfermedad y la muerte, es un valor vigente en todas la sociedades.

Como todo valor, la salud es importante por sí misma. Es objetiva y no depende de preferencias individuales. La salud, en suma constituye un valor que se presenta como un atributo de la vida y que se asocia a la calidad misma de ésta.

---

<sup>11</sup> Miguel Angel Porrúa, Memoria de los Foros de Consulta para Reformar la Ley de Salud para el D.F., 1ª. Edición 2003, p.32.

<sup>12</sup> Guillermo Soberón, La Salud en México, Fondo de Cultura Económica, México 1988, p.505.

Por otro lado, el término ética se deriva de la palabra griega *ethos*, que significa temperamento, carácter, hábito, modo de ser, es decir una serie de costumbres adquiridas por hábito y no innatas, un aprendizaje del hombre a lo largo de su vida.

La ética es la ciencia del temperamento moral de los hombres en la sociedad. Su objeto de estudio lo constituyen los actos humanos, conscientes y voluntarios de los individuos, que afectan a otros, a determinados grupos sociales o a la sociedad en su conjunto. El objeto de la ética es la moral, pero no se propone crear códigos y pautas de conducta, por moral se entiende un sistema de normas, principios y valores con el cual se regulan las relaciones mutuas entre los individuos, o entre ellos y la comunidad, de tal manera que dichos normas, que tienen un carácter histórico y social, se acaten libre y concientemente, por una convicción íntima y no de un modo mecánico exterior e impersonal.

Es evidente que, para que pueda hablarse de responsabilidad moral, el individuo debe disponer de cierta libertad de decisión y acción esto es, es necesario que intervenga de manera consciente en su realización.

La moralidad no es idéntica bajo las circunstancias, sino que está basada en acuerdos establecidos en determinados grupos sociales, no hay modelos o paradigmas eternamente válidos. La obligatoriedad moral entraña cierto grado de adhesión voluntaria y libre de los individuos a las normas que regulan sus relaciones en una comunidad dada.

La moral como "deber ser", implica la visión del ente social traducida en los conceptos, actitudes y prácticas resultantes de los valores que prevalecen en la sociedad en cuestión que, a su vez, están determinados por factores económicos y culturales, aunque quizás estos últimos son los que ejercen una influencia más clara y determinante. Cabe aclarar la definición de la ética, pues a muchos profesionales de la medicina se les olvida hacer uso de ella.

La salud, no es el valor social más característico, ni el único; más aún, su importancia varía con el tiempo y el grupo social y está condicionada a otros valores, como el prestigio y el poder. De esta manera se va integrando una cultura sanitaria en cuanto a lo que es sano o enfermo, y en cuanto a cuáles son las conductas adecuadas y cuáles no lo son.

Aquí en México, en el año de 1983 se eleva a categoría constitucional el derecho a la protección de la salud para todos, que se vincula de inmediato a las garantías sociales ya consagradas previamente, la educación, la vivienda, el trabajo.

Por lo tanto, se reasigna a la salud dentro del contexto general de las necesidades de primer orden, en vista de la estrecha interrelación que existe entre esta y el desarrollo.

Se acepta que existe una relación de causa-efecto recíproca entre el desarrollo y la salud, el desarrollo equivale a la producción de bienes y servicios, que además de generar capital, coadyuvan al bienestar individual y colectivo del que forma parte la salud.

La Constitución Mexicana establece un sistema que plantea la armonización de los supremos valores de la convivencia social, la libertad, la igualdad y la justicia.

## 2.11 SALUD PRIORIDAD DEL ESTADO MEXICANO

Se debe reconocer que el proceso salud-enfermedad es un complejo sistema dinámico y cambiante y que la misma prestación de los servicios modifica el perfil de la salud, así, cuando ciertos programas avanzan y tienen éxito, la mortalidad y la morbilidad se abaten en relación con enfermedades o causas de muerte que en un momento y un lugar se habían convertido en motivo de alarma.

Los avances de la ciencia médica y los esfuerzos a favor del gasto y la atención generaron una mejora sustancial de la salud de los mexicanos, a pesar de las graves carencias y contrastes que existen en los niveles de bienestar social y de salud de la sociedad.

En materia de salud, esta situación trajo como resultado la insuficiente cobertura de los servicios, la calidad desigual, la centralización, la reducida participación comunitaria y la ausencia de una entidad rectora que coordinara y condujera las actividades en esta materia.

## 2.12 DERECHO A LA PROTECCION DE LA SALUD

El derecho a la protección de la salud consagrado en la Constitución Mexicana es el fundamento de un sólido e integrado Sistema Nacional de Salud.

Las posibilidades de mejorar la estructura de salud para dar un uso más productivo de los recursos y el cumplimiento de reampliar el acceso de los mexicanos a los servicios de salud, han hecho imperativa la integración de esos servicios en un Sistema Nacional de Salud, que permitirá convertir en realidad la doctrina de que la salud es una necesidad y un derecho del hombre y que el garantizarla para todos, es un compromiso que sólo el Estado puede aceptar y cumplir con éxito.

Se ha optado por la expresión derecho a la protección de la salud porque tiene el mérito de connotar que la salud es una responsabilidad que comparten indisolublemente el Estado, la sociedad y los interesados. En particular, debe llamarse la atención de que sin la participación inteligente, informada, solidaria y activa de los interesados no es posible que se conserve, recupere, incremente y proteja la salud, en este terreno no se puede actuar en contra de la conducta cotidiana de los ciudadanos.

Sin embargo, el carácter social de este derecho impone a los poderes públicos un deber correlativo al que consideramos se puede hacer frente si existe solidaridad, responsabilidad pública, voluntad política y capacidad de ejecución.

Por esas consideraciones, se previene que la ley distribuirá entre la Federación y las Entidades federativas las responsabilidades, que en cuanto a la salubridad tocan a cada uno de los niveles de gobierno, sin menoscabo de que cada Estado, conforme sus respectivas legislaciones y potencialidades, convenga con los municipios y que éstos participen activa y gradualmente en las actividades de salud, es por eso que la reivindicación federal no puede actuar en contra de los objetivos de racionalización de los recursos sanitarios y coadyuve a dar efectividad al derecho a la protección de la salud.

Otro aspecto sobresaliente, es el relativo, al acceso a los servicios de salud, una ley reglamentaria definirá las bases y modalidades de ese acceso para que se tengan en cuenta las características de los distintos regímenes de seguridad social.

Las entidades federativas deberán ser competentes en cuanto a la salubridad local y contribuir con la Federación para fomentar la salud local y el bienestar general según lo disponga la legislación secundaria.

La constitución es la norma que en un sistema federal distribuye las atribuciones de los poderes nacionales y de los Estados, pero en casos excepcionales previene ella misma esa distribución, mediante el legislador ordinario de acuerdo con los principios de la propia Constitución.

## 2.13 FUNDAMENTO JURIDICO DE LA LEGISLACIÓN SANITARIA

Formalmente, la legislación sanitaria mexicana se inicia con la sexta Ley Constitucional de 1836, a partir de la cual y a través de la expedición de los sucesivos Códigos Sanitarios, se publica el primero en 1891, y el último el 13 de marzo de 1973, en donde se organizan las tareas de la salubridad en el País.

En 1982 el panorama de la salud lo conformaron, por una parte, el Artículo 73, Fracción XVI de la Constitución Federal, el VIII Código Sanitario de los Estados

Unidos Mexicanos de 1973 y un gran conjunto de disposiciones reglamentarias derivadas de este.

En 1981 y 1982 la consulta popular realizada a lo largo de la campaña presidencial había recogido, como elemento fundamental, el derecho a la salud, a esta demanda de la sociedad se sumaron las proposiciones de la Coordinación de los Servicios de Salud, que sentaron las bases de la iniciativas de ley que el Ejecutivo sometería poco después al Congreso de la Unión.

La más trascendente modificación consistió en dar la definición precisa del Sector Salud, corresponde a la Secretaría de Salubridad y Asistencia, coordinar los servicios de salud de las instituciones del Gobierno Federal, lo que incluye los programas y funciones, en el campo de la salud, de las instituciones de seguridad social e implica la injerencia de la Secretaría antes mencionada en el proceso de programación y presupuestación de cada institución.

La importancia de los planes en el campo de la salud pública que benefician a toda la población del país, independientemente de su situación socioeconómica y laboral, ya sea que forme parte de la fuerza laboral organizada o se considere como población abierta, es una razón de peso para que las instituciones de seguridad social reconozcan su compromiso y contribuyan al desarrollo y la aplicación de los programas de salud que benefician a la colectividad como un todo.

Para avanzar en esta materia de salud pública, lo primero es establecer mecanismos financieros o logísticos de apoyo a la Secretaría de Salubridad y Asistencia, a través de esquemas de coordinación entre las dependencias, entidades y organismos del sector salud, que contemplen transferencias de recursos financieros, dotación de insumos y apoyos en la promoción de campañas y programas.

Además una nueva y potencialmente amplia fuente de recursos se abrió con las modificaciones a la Ley de Ingresos (diciembre de 1986), que establece que

el pago de cuotas y derechos por los servicios de Regulación Sanitaria se pueden destinar a los programas de salud respectivos.

## 2.14 LAS POLITICAS DE SALUD

Existe bastante consenso de que los grandes propósitos de la política de salud son mejorar las condiciones de salud y la calidad de vida, y garantizar la cobertura y el acceso a servicios de calidad. Para ello se requiere procurar la sustentabilidad financiera del sistema de salud así como la eficiencia y transparencia en el uso de los recursos. En función de estos propósitos la equidad y salud se pueden definir como: la disminución de las desigualdades ante la enfermedad y muerte, pero también como la igualdad en el acceso a los servicios existentes ante la misma necesidad y mecanismos de funcionamiento progresivos y solidarios o sea contribuciones en función de la capacidad económica.

Para alcanzar estos grandes propósitos la política de salud debe abordar tres grandes ámbitos, la coordinación intersectorial, la protección de las colectividades humanas y la atención individual:

- A) La coordinación intersectorial es necesaria porque es universalmente aceptado que los determinantes de la salud de los grupos humanos son sociales y económicos. Son ejemplos claros de este hecho los impactos en la salud de las privaciones en el consumo como resultado de la pobreza o de malas condiciones físicas y psíquicas del trabajo y de la contaminación ambiental. Por ello es crucial introducir en todas las políticas públicas un enfoque de salud para evitar que estas se traduzcan en procesos patógenos con altos costos de enfermedad y muerte.
  
- B) La política de protección de la salud colectiva se desdobra en varias vertientes que todas son actividades públicas de intervención directa o indirecta. La seguridad sanitaria es aquella que se orienta a evitar, en primer lugar las epidemias y otras condiciones nocivas y masivas que

ponen en peligro la salud de grupos humanos enteros o incrementan la frecuencia de ciertos daños a la salud, sean estos transmisibles o no,

- C) La protección de la salud individual abarca la prevención la detección oportuna de la enfermedad su tratamiento y la rehabilitación. Todas estas actividades dependen de la cobertura de servicios integrales de salud y el acceso universal a ellos en caso de necesidad.

## 2.15 PREVISION SOCIAL Y SEGURIDAD SOCIAL

Podemos decir que la previsión social es el conjunto de acciones e instituciones humanas destinadas a organizar la seguridad social contra los riesgos que amenazan a los seres humanos y que, transformándose en siniestros, pueden privar al trabajador de percibir un sueldo o un salario, que le permite satisfacer sus necesidades fundamentales y las de quienes dependen de ellos.

“Waldo Pereira A., menciona la diferencia entre previsión social y seguridad social como lo siguiente: La primera es el conjunto de ideas e instituciones que actúan pasivamente y espera tranquilamente la realización de los siniestros así como pagar o servir con prontitud, sin embargo la segunda ha querido indicar que la actitud de los seguros sociales debe ser activa, debe actuar, adelantándose a los siniestros para así evitarlos”.<sup>13</sup> La seguridad social desea realizar una idea de prevención, cuidando el capital humano.

La previsión social dirige su acción al individuo, más que a la familia, o a la comunidad, en cambio la seguridad social toma al individuo como componente de la colectividad y dirige su acción conjuntamente, vela por el individuo porque le interesa la comunidad.

La previsión social se preocupa preferentemente en acumular dinero para tener oportunamente las cantidades necesarias, para cubrir los riesgos de las

---

<sup>13</sup> Francisco González Díaz Lombardo, El Derecho Social y la Seguridad Social Integral, Dirección General de Publicaciones UNAM, 2ª. Edición, 1978, p. 122.



personas afiliadas e invierte la sumas acumuladas sin importarle las ganancias y los intereses. A la seguridad social le interesa tener esas sumas pero se dirige especialmente a la inversión, mira el problema desde el punto de vista de la comunidad cuando trabaja con fondos de capitalización. De ésta manera la seguridad social completa el círculo de los beneficios y abarca el problema social interno de la colectividad.

La seguridad social, actúa solamente planificando la acción, organiza los seguros sociales en planes armónicos y convergentes el fin que se propone, da a la sociedad una sensación de seguridad ante lo incierto es por ello que el concepto de seguridad social no se concibe sin planificación y sin dirección.

“El Profesor Chileno Moisés Poblete Troncoso, describe que el seguro social es, la protección adecuada del elemento humano que lo pone al cubierto de los riesgos profesionales y sociales valiendo por sus derechos inalienables que le permitan una mejor vida cultura y social”.<sup>14</sup>

Otro Profesor Chileno “Bernardino Vila Aliaga, menciona que la seguridad social descansa en un principio de un derecho sin necesidad, máxima de expresión de punto de vida individual vale infinitamente menos que una necesidad sin derecho”.<sup>15</sup>

El “Ing. García Cruz, describe a la seguridad social mexicana como el conocimiento actual de todos los medios que puedan ponerse en práctica para evitar o disminuir las consecuencias derivadas de los riesgos que amenazan al hombre en el futuro, así mismo la realización de la seguridad social solo podrá lograrse eliminando los riesgos que producen la inseguridad, es decir cubriendo las necesidades del hombre protegiéndolo de los riesgos, comunes de la vida presentes y futuros”.<sup>16</sup>

---

<sup>14</sup> *Ibidem*, p. 123.

<sup>15</sup> *Loc. Cit.*

<sup>16</sup> *Ibidem*, p. 124.

El Uruguayo "Héctor Hugo Barbagelata, señala que el seguro social, es un instituto de previsión y reparación de los riesgos basados en la compensación y en la solidaridad".<sup>17</sup>

La seguridad social es la más amplia expresión de solidaridad humana organizada (institucionalizada), con el propósito de proteger la salud, la vida y el nivel de ingreso de sus integrantes y sus familias, frente a los riesgos inherentes a la vida misma, como son la incapacidad, la enfermedad y la muerte.

La seguridad social es una responsabilidad colectiva de la sociedad, realizable sólo mediante la acción pública, cuyo cumplimiento se convierte en obligación del Estado y del quehacer colectivo.

Por su esencia solidaria, la seguridad social no debe privatizarse. Debe continuar siendo una institución al servicio del bienestar de los trabajadores y no un instrumento al servicio de los grupos financieros nacionales o trasnacionales. Las decisiones deben ser tomadas sólo en razón de nuestros intereses.

Por ello, su seguridad jurídica debe fortalecerse a través de normas claras que definan derechos y obligaciones del gobierno, de los patrones, de los trabajadores, de los derechohabientes y de los asegurados. Las facultades discrecionales fortalecen al autoritarismo. La legalidad a la que aspiramos limita la corrupción, el influyentismo y el clientelismo político.

La universalización por vía obligatoria de la seguridad social, ha sido una permanente aspiración que debemos confirmar. Se requiere un esfuerzo integrador de las distintas instituciones federales y estatales de seguridad social, así como construir opciones para incorporar a los grupos con capacidad contributiva y mínimos de organización que garanticen su permanencia dentro del sistema. Es preciso, además, el fortalecimiento financiero de la institución para garantizar su eficacia y permanencia.

---

<sup>17</sup> Francisco González Díaz Lombardo, Op.cit, p.125.

La primera característica de la seguridad social es la solidaridad a través de la cual, quienes mantienen plena capacidad de trabajo contribuyen con quienes la han perdido, las regiones ricas apoyan a las pobres y las generaciones se fortalecen entre sí distribuyendo el riesgo y las responsabilidades a través del tiempo. Así, quienes ingresan hoy a la seguridad social tienen acceso a una formidable infraestructura humana, material y técnica construida durante muchos años, al tiempo que asumen compromisos y pasivos acumulados por quienes los precedieron.

Por ello, otra característica fundamental es el gradualismo, ya que para su plena realización se requiere la integración gradual de regiones, ámbitos geográficos, de grupos que realizan diversas actividades, de grupos con diversos niveles de ingreso, pero todos ellos deben tener capacidad contributiva directa o indirecta y mínimos de organización.

## 2.16 EL DERECHO A LA SEGURIDAD SOCIAL

Este derecho constituye una disciplina autónoma del derecho social, en donde se integran los esfuerzos del estado y los particulares y de los estados entre sí, a fin de organizar su actuación para lograr del mayor bienestar integral y la felicidad de unos y de otros en un orden de justicia social y dignidad humana.

También se define a la seguridad social como una disciplina autónoma en donde se integran los derechos del estado y de los particulares.

## 2.17 DERECHO DEL SEGURO SOCIAL

Por lo que respecta al seguro social se ha entendido, como la institución o el instrumento de la seguridad social, mediante la cual se tiende a garantizar solidariamente y organizados los esfuerzos del estado y la población económicamente activa, para garantizar primero los riesgos y contingencias sociales de la vida y necesidades a que está expuesta y aquellos, que de ellos dependen, a fin de lograr el mayor bienestar social, cultural, y económico posible.

## INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL MEXICANA

El Instituto Mexicano del Seguro Social, es un organismo público descentralizado con personalidad jurídica propia, y con domicilio en la Ciudad de México que tiene como principal objetivo la aplicación de la Ley.

Así como, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio del Estado, propicio la iniciativa para elevar el rango de constitucional el estatuto jurídico de los trabajadores al servicio del estado, adicionando el inciso B) al artículo. 123 Constitucional y señalando las bases proteccionistas para los servidores públicos en materia de trabajo y un régimen de seguridad social.

### 2.18 SUJETOS DEL SEGURO SOCIAL

Señala que es obligatorio asegurar:

- 1.- A los trabajadores:
- 2.- A los miembros de sociedades cooperativas de producción, de administraciones obreras o mixtas.
- 3.- A los ejidatarios, comuneros y pequeños propietarios agrícolas y ganaderos.
- 4.- A los trabajadores independientes urbanos y rurales, como artesanos, pequeños comerciantes, profesionistas libres y similares

### 2.19 ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (IMSS)

Esta institución esta constituida por: la Asamblea General, que es la autoridad suprema, integrada por 30 miembros, de los cuales el ejecutivo federal designa diez, al igual que las organizaciones patronales y las organizaciones de los trabajadores.

El consejo Técnico, tiene la representación legal y la administración del instituto y esta constituido por doce miembros designados proporcionalmente por los

sectores obrero, patronal y estatal y al igual que los miembros de la asamblea general duran en su cargo seis años y pueden ser reelectos.

La comisión de vigilancia se integra por seis miembros, designados dos por cada sector y su función es cuidar las inversiones que deberán hacerse de acuerdo con la ley, practicar auditorías y sugerir medidas para el mejor funcionamiento de la Institución.

El director general debe ser mexicano por nacimiento, de reconocida honorabilidad y capacidad técnica y tiene como principal objetivo ejecutar las resoluciones del consejo y representar al Instituto ante las autoridades administrativas y judiciales e informar al consejo del estado financiero y contable, así como también nombrar y remover empleados subalternos, además tiene derecho de veto para las resoluciones del consejo.

La secretaría general es un organismo auxiliar en las labores de la dirección general, su titular es secretario del consejo y de la asamblea general. En su organización interna, el Instituto esta constituido por tres subdirecciones, departamentos autónomos y oficinas. Las subdirecciones son: a) la subdirección general médica, b) la subdirección general administrativa y c) la subdirección general jurídica.

## 2.20. SERVICIOS MÉDICOS

Unos de los temas centrales y mas complejos de la política y administración de la seguridad social, es el relativo a los servicios médicos. Las prestaciones que otorga el Instituto Mexicano del Seguro Social, se dividen en dos tipos, la primera trata de las prestaciones en especie, en las que se incluye todo el servicio médico, hospitalario y farmacéutico, y la segunda son las prestaciones en dinero que se otorgan conforme al grupo de salario al que se pertenezca.

## 2.21 PROCEDIMIENTO PARA EL CASO DE CONTROVERSIA

Se trata de recursos de inconformidad de los patrones, los asegurados, o sus familiares, según disposiciones del Instituto, se cuenta con el recurso administrativo, para que el instituto revise la resolución, a través del consejo técnico, antes de recurrir a un procedimiento contencioso.

Para resolver las controversias entre los asegurados y sus familiares, beneficiarios del instituto, se faculta a la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje para conocer.

## 2.22 INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO (ISSSTE)

Es una Institución que proporciona protección, así sea mínima, a los grupos mas necesitados por motivos de salud o incapacidad. El servicio que el ISSSTE, proporciona se otorga a aquellas personas que tienen derechos a los servicios que otorgan el instituto, ya sea trabajador o pensionista y los familiares de ambos en línea directa ascendente o descendente.

Por pensionista se entiende aquella persona que sin estar activo sigue gozando de las prestaciones y los servicios que brinda dicha Institución, así como un salario mensual.

## 2.23 PRESTACIONES: EN ESPECIE

- Medicina preventiva.
- Seguro de enfermedades y maternidad.
- Servicios de rehabilitación física y mental.
- Servicio de atención para el bienestar y el desarrollo infantil.
- Servicio Integral de retiro a jubilados y pensionados ( especie y dinero).
- Servicios Turísticos.
- Actividades Culturales, Cívicas y Deportivas.

- Servicios funerarios (especie y dinero)
- Servicios que contribuyen a mejorar la calidad de vida del servidor público y familiares.

### EN DINERO

- Servicio para el ahorro para el retiro (SAR)
- Seguros de riesgo de trabajo.
- Seguro de invalidez.
- Seguro por causa de muerte.
- Seguro por cesantía en edad avanzada.
- Indemnización global.
- Arrendamiento o venta de habitaciones económicas pertenecientes al instituto.
- Préstamo hipotecario y financiamiento en general para vivienda.
- Préstamo a mediano y corto plazo.

### 2.24 CONSEJO NACIONAL DE SALUD

La descentración de la vida nacional, como uno de los principales programas de gobierno de aquella administración, implicó un amplio proceso de cambios legislativos, administrativos y de ámbito normativo de la coordinación entre la Federación y los gobiernos estatales y municipales, que desembocaron en reformas al texto de la Constitución en los Artículos 4º, 25, 27, 115, 123 apartado A, fracción XIX, Y 73 fracción XVI.

Por otro lado, la Ley General de Salud, puesta en vigor el 1 de junio de 1984, la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal y la Ley de Planeación, reconocen a la Secretaría de Salubridad y Asistencia, como coordinadora del Sistema Nacional de Salud, responsable de impulsar la desconcentración y la descentralización de los Servicios de Salud.

El 30 de Agosto de 1983 se establecen las bases para el Programa de Descentralización de los Servicios de Salud Federales de Atención a la

Población Abierta, y el del 8 de Marzo de 1984, se instituye la descentralización hacia los gobiernos estatales de los servicios de salud de la Secretaría en comento y del programa IMSS-COPLAMAR, con lo que se inicia la desaparición progresiva de los servicios Coordinados de Salud Pública en los Estados para sustituirlos por los Servicios Estatales de Salud conforme a la modalidad de estructuras orgánicas acordadas con cada gobierno estatal.

El consejo Nacional de Salud se creó como una instancia de coordinación de los programas y actividades de la salud pública entre la Federación y los gobiernos estatales, con el propósito de hacer efectivo el derecho a la protección de la salud y contribuir al funcionamiento y consolidación del Sistema Nacional de Salud acrecentando la participación de los gobiernos estatales.

## 2.25 OBJETIVOS

El Consejo Nacional de salud tiene como propósito general impulsar los procesos integrales de la planeación en materia de salud pública, para lo cual buscará el cumplimiento de los siguientes objetivos y líneas estratégicas prioritarias:

- 1) Consolidar el Sistema Nacional de Salud, aplicando el modelo de atención a la salud de la población abierta, promoviendo, la participación de los Servicios Estatales de Salud y de los sectores privado y social así como agilizar la operación de los comités municipales de salud y de patronatos en la unidades hospitalarias.
- 2) Evaluar el avance y el cumplimiento del Programa Nacional de Salud a través de los sistemas informativos de vigilancia epidemiológica y de información básica e impulsar el sistema de supervisión a los Servicios Estatales de Salud.
- 3) Analizar los sistemas estatales de referencia y contrarreferencia por medio del estudio de la cobertura y aprovechamiento de los recursos.



- 4) Unificar los criterios para el cumplimiento de los programas estatales de mediano plazo, articulando el proceso de planeación a nivel estatal, jurisdiccional y en las unidades aplicativas de acuerdo a las características epidemiológicas.
- 5) Coordinar los programas en materia de Salubridad General tratando de acortar los rezagos en la promulgación de las leyes estatales de salud y de sus reglamentos.
- 6) Apoyar los programas de cooperación técnica en la organización operación y prestación de servicios a través de la participación activa en el programa Operación Impacto el programa de la UNICEF .
- 7) Promover los programas prioritarios de salud por medio de su integración a los proyectos del desarrollo social de las propias entidades federativas.
- 8) Revisar la normativa técnica con la participación de la Comisión Consultiva de Normas Técnicas, con el fin de lograr su cabal aplicación y cumplimiento.
- 9) Proponer esquemas de cofinanciamiento de la salud pública en los distintos niveles de gobierno.

## 2.26 ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO

El Consejo Nacional de Salud esta integrado por el secretario de Salud como representante del Gobierno Federal a nivel estatal y por invitación expresa de la Secretaría de Salud, por los gobernadores constitucionales de las entidades federativas con servicios descentralizados de salud.

A las sesiones de trabajo y para los fines específicos se pueden invitar representantes de instituciones de salud educativas, o de tipo profesional o social

El secretario técnico permanente registra los acuerdos, las actividades y los informes de las reuniones y, junto con el coordinador respectivo, se responsabiliza del cumplimiento de los acuerdos y de las comunicaciones y publicaciones pertinentes.

El Consejo Nacional de Salud ha logrado resultados importantes en cuanto al mejor conocimiento de la situación sanitario nacional y local y del grado de participación de sus integrantes por una parte y, por otra, en lo que respecta al avance en los programas de coordinación y de concertación motivados por la apertura del diálogo entre los participantes

Se han reforzado los Servicios Estatales de Salud en cuanto a su capacidad de almacenamiento, talleres de conservación y mantenimiento, recursos humanos y suministro de insumos.

El Consejo Nacional de Salud es un organismo de coordinación y concertación creado para responder a las circunstancias del presente, pero con la flexibilidad indispensable para consolidar su acción en el futuro. Hay todavía muchas medidas que deben ponerse en práctica total o parcialmente debe buscarse una mayor participación de la sociedad en su conjunto en el campo específico de la salud, para reforzar el Sistema Nacional de Salud.

## 2.27 SERVICIOS ESTATALES DE SALUD

En el proceso de la descentralización de los Servicios de Salud a la Población Abierta, después de una etapa preparatoria de integración funcional o coordinación programática desarrollada durante 1983 y 1984 se pasó a la etapa de integración orgánica, que agrupó en un solo organismo todos los recursos, los de los Servicios Coordinados de Salud Pública, los del Programa IMSS-COPLAMAR y los propios de los estados. Se conformaron así los

Servicios Estatales de Salud, con la doble responsabilidad de cumplir con los propósitos fundamentales del Sistema Nacional de Salud y aumentar la cobertura de los servicios para la atención a población abierta, al mismo tiempo que proponía elevar la calidad de los mismos.

Los problemas fundamentales a los que se ha enfrentado la integración de los Servicios Estatales de salud son los siguientes:

- 1) Las estructuras orgánico-funcionales tienen grados variables de desorganización y carecen de niveles jerárquicos bien definidos.
- 2) Existe una marcada tendencia a la centralización a nivel estatal.
- 3) Hay una falta de diagnósticos de salud adecuados para conocer los recursos existentes, su distribución y utilización de acuerdo a las necesidades reales.
- 4) Existe una falta de coordinación entre las diferentes instituciones que conforman el Sector.
- 5) Se cuenta con sistemas precarios de información, abastecimientos, conservación, mantenimiento y administración de recursos humanos.

## **CAPITULO 3**

### **DEFINICIONES**

#### **3.1 MÉDICO**

Es toda aquella persona autorizada y habilitada legalmente para practicar la medicina humana y calificada para efectuar el tratamiento requerido. Otra definición es persona que ejerce legalmente la medicina.

#### **3.2 RESPONSABILIDAD SUBJETIVA O ADJETIVA**

La responsabilidad se define como, la obligación de dar cuenta ante la sociedad por las consecuencias de un hecho o acto.

La responsabilidad, en general, no viene a ser otra cosa que la asunción de las consecuencias de un daño, normalmente traducidas en una estimación económica.

Se dice que en la responsabilidad subjetiva, el fundamento principal es la culpa, ya que es un elemento psicológico y por lo tanto de naturaleza subjetiva, pues consiste en la intención de dañar o en el obrar con negligencia o descuido, para la teoría subjetiva de la responsabilidad, la culpa es esencial, y sin ella no hay responsabilidad.

De ahí que se pueda decir que en toda apreciación de responsabilidad existen al menos tres elementos comunes:

1. la acción u omisión,
2. el daño; y
3. la relación de causalidad entre ambos.

Cabe aclarar que este tipo de responsabilidad, exige la atribución del resultado dañoso a un sujeto activo determinado, en el que se tenga en cuenta su esfera volitiva integrada por el órgano cognoscitivo y la capacidad de autorregulación de su conducta, al menos en principio, pues si se tratara de hechos imputables, se tendría que aceptar su culpabilidad natural.

### 3.3 RESPONSABILIDAD OBJETIVA

Esta se creó a través del riesgo, postulado por “Saleilles y Josserand a finales de I siglo XIX, los cuales tratan la responsabilidad civil aplicándola no sólo a casos en que se causaban daños como consecuencia de hechos culposos o realizados con imprudencia sino también a todos aquellos en que el autor del daño obraba ilícitamente”<sup>18</sup>.

Por primera vez “se fundó la responsabilidad fuera de toda culpa, por el solo hecho de causar el daño surgiendo así la idea de responsabilidad objetiva por basarse en un hecho material, que es el causar el daño independientemente de todo elemento subjetivo, como es la culpa, o sea una conducta antijurídica”<sup>19</sup>.

A pesar de las objeciones, la teoría del riesgo creado ha sido sostenida por muchos juristas que influenciaron la legislación. Posteriormente la Ley Federal del Trabajo, establece la responsabilidad objetiva la cual se determina que debe entenderse por riesgo, accidente y enfermedad de trabajo, la forma de fijar el monto de la indemnización en cada caso y está a cargo del patrón, así como otras prestaciones a que tiene derecho el trabajador.

Cabe destacar que es criticable la ubicación del Art. 1913 en que se funda la responsabilidad objetiva por encontrarse en el capítulo que se titula “ De las obligaciones que nacen de los hechos ilícitos”, puesto que dicha responsabilidad presupone la no existencia de la culpa

### 3.4 RESPONSABILIDAD PROFESIONAL

De acuerdo a esta investigación, una de éstas figuras consiste en el abandono injustificado del médico sin dar aviso inmediato a la autoridad correspondiente, de un lesionado o enfermo para cuya atención hubiera dado responsiva. Se trata de un delito propio de omisión.

La responsabilidad profesional tiene como sujetos activos:

---

<sup>18</sup> Instituto de Investigaciones Jurídicas, Enciclopedia Jurídica Mexicana, 2ª. Edición Tomo 6º, Editorial Porrúa., México 2004, p. 302.

<sup>19</sup> Loc.Cit.

- a) Directores, encargados o administradores de centros de salud.
- b) Encargados o administradores de agencias funerarias.
- c) Encargados, empleados o dependientes de una farmacia.

Respecto de los primeros, las hipótesis de hecho previstas son las de: impedir la salida de un paciente cuando éste o sus familiares lo soliciten, aduciendo adeudos de cualquier índole, retener sin necesidad a un recién nacido y en cuanto a los segundos, la conducta delictiva prevista, es la de retardar o negar indebidamente la entrega de un cadáver, y por lo que hace a los últimos, al surtir una receta de la medicina específicamente recetada por otra, que cause daño o sea evidentemente inapropiada al padecimiento para el cual se ha prescrito.

Por lo que se refiere a las reglas de responsabilidad, éstas recaen ahora sobre los profesionales, sin distinción y sobre sus auxiliares por delitos que se cometan en el ejercicio de su profesión, por lo que las penas pueden ser la suspensión temporal o definitiva del ejercicio profesional y en segundo lugar la obligación de reparar el daño que se hubiere ocasionado.

Se define también a la responsabilidad, como la consecuencia jurídica de la violación de la ley, realizada por quien siendo imputable o inimputable, en forma activa, omisiva, dolosa o culposamente lleva a término actos previstos como ilícitos lesionando o poniendo en peligro un bien jurídicamente tutelado.

Dentro de los postulados de la escuela clásica, la responsabilidad se basa en la libertad moral y juega papel importante el libre albedrío. Las personas responden jurídicamente por sus actos porque pudiendo y debiendo obrar conforme a derecho no lo hacen.

### 3.5 NEGLIGENCIA

Una de las definiciones, se trata, pues, de la omisión de la diligencia o cuidado que debe ponerse en los negocios, en las relaciones con las personas, en el manejo o custodia de las cosas y en el cumplimiento de los deberes y misiones.

Pero también se entiende como, descuido en las tareas u ocupaciones, omisión o falta de preocupación o de aplicación en lo que se hace o debe hacerse.

Otra definición de negligencia proviene del latín Negligé, que significa descuido y Neglego, que quiere decir, dejo pasar. Por lo tanto, es el "descuido, omisión o falta de aplicación o diligencia, en la ejecución de un acto"<sup>20</sup> llamémosle en esta investigación médico. o sea, es la carencia de atención durante el ejercicio médico. Puede configurar un defecto o una omisión o un hacer menos, dejar de hacer o hacer lo que no se debe. Es no guardar la precaución necesaria o tener indiferencia por el acto que se realiza. La negligencia es sinónimo de descuido y omisión. Es la forma pasiva de la imprudencia y comprenden el olvido de las precauciones impuestas por la prudencia, cuya observación hubiera prevenido el daño.

Durante el ejercicio de la Medicina, hay momentos en donde el Médico debe tomar decisiones trascendentales, en especial en las situaciones de vida o muerte de un paciente; en éstas circunstancias el médico no se detiene a preguntarse si lo que se propone realizar pueda entrañar consecuencias legales, puesto que al hacerlo podría convertirse en un letal freno, que en última circunstancia sólo perjudicaría al paciente.

Sin embargo, el médico puede cometer errores, los mismos que no serán reprochables ética y legalmente, si ha tratado al paciente con los medios adecuados, con los conocimientos actuales y siguiendo las normas que su deber le imponen. Aquí podría surgir una duda: ¿Ha extremado realmente los medios adecuados?. Uno de los derechos inherentes al ser humano es el Derecho a la Salud, que con mucha frecuencia se le confunde con un Derecho a la Curación, pues el paciente cree que el derecho al Tratamiento debe involucrar necesariamente un resultado positivo.

En las actuales circunstancias y ante la proliferación de quejas por MALPRAXIS ó NEGLIGENCIA, es necesaria una adecuada profilaxis para prevenir un gran número de estas acciones y evitar la tendencia creciente, que le quitará al médico toda voluntad de asumir responsabilidades, impulsándolo a pasarle la "carga" a otro, "para

---

<sup>20</sup> [www.geosalud.com](http://www.geosalud.com).

evitar o para salvar la responsabilidad"; pues si las cosas continúan así se contribuirá a desarrollar una "Psicosis de Miedo" y una tendencia a mezclar riesgos legales con riesgos legítimos. Del párrafo anterior se deriva otra pregunta: ¿Quién puede negar que existen errores que parecen criminales únicamente a los ojos de quien nunca ha estado en situación de cometerlos y que por lo tanto no pueden entenderlos?. Esto no implica eludir la responsabilidad sino por el contrario, afirmar que el ejercicio de la medicina significa un riesgo, pero un riesgo que tiene doble presupuesto de sustentación: ético y científico, que protegerán al médico de reclamos temerarios.

La protección Jurídica de la Salud y el respeto a la Dignidad Humana son las coordenadas básicas que regulan las cuestiones comprendidas dentro de la Responsabilidad Médica.

Cuando se violen las normas del adecuado ejercicio profesional queda configurada la MALPRAXIS, la cual se define como la omisión por parte del Médico, de prestar apropiadamente los servicios a que está obligado en su relación profesional con su paciente, omisión que da como resultado cierto perjuicio a éste, o también cuando el médico a través de un acto propio de su actividad, en relación causal y con culpa produce un daño determinado en la salud de un individuo; es decir consta de dos partes:

- El médico deja de cumplir con su deber .
- Causa un perjuicio definido al paciente.

Por tanto, el no acatar las normas establecidas (originando un perjuicio) hace al médico responsable de su conducta y de los daños que ocasiona.

Estos son algunos ejemplos de negligencia médica:

- No sujetar al paciente a la mesa de operaciones o camilla.
- Examen médico insuficiente, en ingesta de sustancias tóxicas.
- Falta de protección en la aplicación de radioterapia.
- No controlar al paciente en el post-operatorio.
- No advertir efectos colaterales de un determinado tratamiento.
- No informar al paciente o familiares sobre su enfermedad o pronóstico.
- En transplantes, no informar al donante y receptor sobre los riesgos, secuelas, evolución previsible y limitaciones resultantes.
- Abandonar al enfermo (guardia, emergencia o huelga).



- No controlar con regularidad y a cortos intervalos, la temperatura de la incubadora, el respirador artificial, etc.
- Dar de alta a un paciente con fractura, sin ordenar una radiografía de control.
- No ordenar la biopsia ante una sospecha de cáncer.
- Negarse a atender a un paciente en caso de emergencia.
- Atender un parto sin control del estado del feto.
- Olvidar el retiro de gasas o instrumental en intervenciones quirúrgicas.
- No indicar las pruebas de sensibilidad.
- Omisiones, defectos y falta de evoluciones cronológicas completas.
- No dejar constancia escrita sobre autorizaciones, alergias, interconsultas, exámenes auxiliares solicitados, tratamiento instituido.
- No atender al paciente (huelga).
- No concurrir a un llamado.
- No esperar en casos graves, el relevo por otro médico.
- Falta de aplicación de sueros o vacunas, ulteriores a heridas contaminadas.

### 3.6 RESPONSABILIDAD MÉDICA

El ejercicio de la medicina, dejando al margen las prácticas estéticas e s una necesidad de orden social, cuyo fin último es la protección de bienes jurídicos tan relevantes como la vida, la salud y la integridad física, y su ejercicio obliga a estos profesionales a la asunción de decisiones y riesgos importantes. La responsabilidad médica desde el punto de vista económico y social está adquiriendo en la actualidad una relevancia creciente, motivada en gran medida por los avances de la ciencia y las mayores expectativas en la calidad de salud y la prolongación de la vida de la sociedad en el presente estado de bienestar.

Para que haya negligencia médica se necesita:

- 1.- Un acto u omisión médicos
- 2.- Daño material o personal como la salud
- 3.- Relación de causalidad cuya apreciación será de arbitrio judicial, que por la extrema dificultad de su prueba para el paciente, en algunos casos se entiende suficiente el mero indicio.

4.- Y culpa, entendida como omisión de la diligencia debida según las reglas del arte médico en un acto u omisión médica. Es decir, no simplemente la existencia de un error médico como acto, sino que éste no sea excusable por ser previsible, evitable o prevenible.

El hombre como “ser” es responsable de sus actos u omisiones siendo la razón de esa responsabilidad la libertad de su voluntad y la conciencia de sus hechos. “Lo actos médicos son actos humanos y como tales llevan implícitos una cuota de falibilidad, en esa línea de ideas, Gregorio Marañón decía que siempre cabe aceptar un margen de inconvenientes y peligros derivados de errores del médico, como un hecho fatal como se acepta la enfermedad misma”<sup>21</sup>.

La responsabilidad médica es la obligación que tienen los profesionales que ejercen la medicina de asumir las consecuencias derivadas de su actuación profesional. Es una variedad de responsabilidad profesional entendiendo como consecuencia a todos los daños en el cuerpo o en la salud o la muerte de los pacientes que están bajo la asistencia médica.

Atendiéndose a la concepción jurídica y genérica que divide a las obligaciones en obligaciones de medios y obligaciones de resultados, la obligación del médico es de medios y no de resultados, el médico tiene el compromiso de poner todo el empeño y la técnica al servicio del paciente. Repetidamente ciertas jurisprudencias en España han sostenido que “el médico contrae una obligación de medios que consistente en la aplicación de su saber y de su proceder a favor de la salud del enfermo”<sup>22</sup>.

La relación médico paciente es de carácter contractual no obstante el hecho de que el paciente no haya contratado directamente los servicios o que estos fueran gratuitos. Es responsable por las consecuencias dañosas que deriven de la mala realización de ésta labor correspondiéndole al paciente demostrar la culpa en el acto médico y el daño que le hubiere provocado ese accionar.

Existe otra forma de relación llamada extracontractual que se da cuando, por ejemplo, un médico atiende a un paciente accidentado en la vía pública o en otras situaciones de emergencia en que no existe una obligación previamente pactada, pero si un deber de cuidado.

---

<sup>21</sup> Ibidem.

<sup>22</sup> Loc.Cit.

La responsabilidad médica es consecuencia de las siguientes situaciones:

- Defectuoso examen del paciente.
- Errores groseros de diagnóstico y tratamiento.
- Daños causados por uso indebido (o en mal estado) de objetos (aparatos e instrumental) y medicamentos.
- Omisión de pautas esenciales para el diagnóstico de una enfermedad.
- Falta de control hacia los auxiliares del médico y los daños que los mismos puedan culposamente ocasionar.

### 3.7 CULPA MÉDICA.

Se concibe como, una infracción a una obligación preexistente fijada por Ley o por el contrato.

3.8 Culpa Inconsciente: Es la falta de previsión de un resultado típicamente antijurídico, que pudo y debió haberse previsto al actuar (ha obrado con negligencia o imprudencia pero no imaginándose el resultado delictuoso de su acción).

3.9 Culpa Consciente: Es la previsión de un resultado típicamente antijurídico pero que se confía evitar, obrando en consecuencia (es decir, prevee el resultado de su acto pero confía en que no ha de producirse; la esperanza de que el hecho no ocurrirá, a diferencia del DOLO).

3.10 Culpa Profesional: Es cuando se han contravenido las reglas propias de una actividad, o sea hubo falta de idoneidad, imprudencia o negligencia.

### 3.11 FORMAS DE CULPA MÉDICA

#### 3.12 IMPERICIA

Del latín IN: privativo, sin; y PERITIA: Pericia. Es la “falta total o parcial, de conocimientos técnicos, experiencia o habilidad en el ejercicio de la medicina”<sup>23</sup>.

---

<sup>23</sup> Op.cit.

Es decir, es la carencia de conocimientos mínimos o básicos necesarios para el correcto desempeño de la profesión médica.

No hay responsabilidad por un error en diagnóstico siempre y cuando se trate de un:

- Caso científicamente dudoso.
- Por guiarse en opiniones de especialistas.
- Cuando no se demuestra ignorancia en la materia.

### 3.13 IMPRUDENCIA.

De latín IN: Privativo, sin y PRUDENTIA: prudencia. “Es realizar un acto con ligereza, sin las adecuadas precauciones; es decir, es la carencia de templanza o moderación”<sup>24</sup>. O también, la conducta contraria a la que el buen sentido aconseja, emprender actos inusitados fuera de lo corriente, hacer más de lo debido; es o implica una conducta peligrosa. Es la violación activa de las normas de cuidado o cautela que establece la prudencia, actuando sin cordura, moderación, discernimiento, sensatez o buen juicio.

En el sentido estricto se identifica con el conocimiento práctico y por lo tanto idóneo y apto para la realización del acto médico (experiencia, comprensión del caso y claridad).

Ejemplos:

- Transfundir sangre sin establecer el grupo sanguíneo.
- Dejar gasa o instrumental en la cavidad abdominal.
- Realizar un acto innecesario (histerectomía abdominal con apendicetomía, profiláctica).
- Transmitir enfermedades contagiosas, por el médico o el instrumental (sífilis, sida).
- Hacer operaciones o amputaciones con diagnóstico de cáncer con sólo el examen clínico.

### 3.14 IATROGENIA

De griego IATROS: médico (curar) y GENOS: origen. Es el “daño en el cuerpo o en la salud del paciente, causado por el médico a través de sus acciones profesionales,

---

<sup>24</sup> Op.cit.

conductas o medios, diagnósticos terapéuticos, quirúrgicos, psicoterapéuticos, etc., y que este daño o resultado indeseado no le es imputable jurídicamente”<sup>25</sup>. Es decir, la iatrogenia es el resultado nocivo que no deriva de la voluntad o culpa del médico en la producción del daño, sino es



---

<sup>25</sup> Op.cit.

producto de un hecho imprevisto (o mejor imprevisible) que escapa a toda posibilidad de ser evitado por los medios habituales o normales de cuidado individual o colectivo.

Ejemplos:

- Daño por un medicamento considerado inofensivo.
- Úlcera duodenal aguda generada por la administración de dosis altas de corticoides, siendo este el tratamiento indicado.
- Incompetencia cervical uterina en los casos de conización.
- Secuela de biopsias, que determinan abortos a repetición en mujeres jóvenes.
- Formación de queloides.

### 3.15 RECURSO DE INCONFORMIDAD

De acuerdo a los Artículos 294 y 295 de la Ley del Seguro Social, es un “medio legal del que disponen los patrones y demás sujetos obligados, así como los asegurados y sus beneficiarios, para impugnar actos definitivos de alguna institución de seguridad social que consideren lesivos a sus intereses o derechos”.<sup>26</sup> Este es un medio de defensa, que en el caso del Instituto Mexicano del Seguro Social se ejercita frente a la propia Institución, el cual efectúa la revisión de los actos, para determinar si se anulan, modifican o confirman, según se compruebe su legalidad o ilegalidad.

También se define como aquel recurso que puede interponer una persona física o moral, la cual considere que han sido violados sus derechos por actos o resoluciones emitidas por las autoridades sanitarias. Este recurso se debe interponer dentro de los 15 días siguientes a la notificación de la resolución objeto de la impugnación.

### 3.16 LUGAR Y FORMA DE PRESENTACIÓN DEL RECURSO

El escrito que contiene el medio de protección, debe dirigirse al H. Consejo Consultivo Delegación del IMSS y se presentará directamente en la sede Delegacional o Subdelegacional, que corresponda a la autoridad que emitió el acto de referencia.

Si el recurrente tiene su domicilio fuera de la población en donde está la sede de la autoridad antes citada, lo podrá interponer mediante correo certificado.

---

<sup>26</sup> [www.imss.gob.mx](http://www.imss.gob.mx).

En este último caso, la fecha de presentación del medio de ataque a administrativo, será la que se anote al recibirlo la oficialía de partes de la dependencia del IMSS o la de su depósito en la oficialía del Servicio Postal Mexicano.

### 3.17 IMPROCEDENCIA DEL RECURSO DE INCONFORMIDAD

El reglamento de la materia señala, que el medio de defensa será improcedente, cuando se haga valer en contra de los siguientes actos del IMSS.

- 1.- Que no afecten el interés jurídico del recurrente, o sea que no causen agravios.
- 2.- Que sean resoluciones dictadas en recursos administrativos o en cumplimiento de laudos o sentencias.
- 3.- Que se hayan impugnado mediante juicio ante el Tribunal Fiscal de la Federación
- 4.- Que sean materia de otro recurso o juicio.
- 5.- Cuando no, se agotó dentro de los 15 días que se tienen para hacerlo.
- 6.- Que sea conexo a otro que se hubiese impugnado por diferentes vías.
- 7.- Que se hayan revocado administrativamente por parte de la entidad que se dictó.
- 8.- Que no se realice la ampliación al recurso o no se exprese en dicha ampliación, agravio alguno, cuando se hubiese impugnado la notificación de cierto acto del Seguro Social.
- 9.- Que estén previstos otros casos por distintas leyes o reglamentos.

### 3.18 RECURSO DE QUEJA

Conocido también, como un medio de impugnación utilizado en relación con aquellos actos procesales del juez y contra los de los ejecutores y secretarios que quedan fuera del alcance de los demás recursos legalmente admitidos. .

### 3.19 ARBITRAJE

Se puede definir al “arbitraje, como un método o técnica mediante la cual se tratan de resolver extrajudicialmente las diferencias que pueden ocurrir o que han surgido entre dos o más partes, mediante la actuación de una o varias personas que pueden ser llamados arbitro o árbitros los cuales derivan sus facultades del acuerdo consensual de las partes involucradas en la controversia”.<sup>27</sup> Así también se conoce como un proceso jurídico tramitado, desarrollado y resuelto por particulares, el arbitraje es una relación jurídica triangular, en cuya cabeza se encuentra el árbitro, que es un sujeto ajeno a los intereses en disputa y llamado por las partes interesadas para componer las diferencias que les separan.

De tal manera, que haciendo referencia al arbitraje comercial, lo podemos definir como el desarrollo procesal de un convenio privado que, con el apoyo del orden jurídico positivo, encomienda la resolución de controversias mercantiles, entre las partes que lo han celebrado, a un árbitro o a un tribunal arbitral independientes. Finalmente otro concepto de arbitraje es la forma heterocompositiva de una solución al litigio dado por un tercero imparcial.

Para comprender la naturaleza jurídica del arbitraje, el punto de partida será la afirmación de que existe una diferencia de fondo entre la resolución de un conflicto y la impartición o determinación de la justicia. “El arbitraje, al igual que en los contratos, la voluntad de las partes es la fuente de los derechos y las obligaciones que se deriven del mismo y que su ámbito de aplicación, las reglas procedimentales y otros pormenores dependerán del acuerdo de voluntades aún cuando ya existan plasmados en ordenamientos legales arbitrales”<sup>28</sup>, pues su adopción dependerá de que los interesados así lo decidan.

“La esencia del arbitraje es, al igual que el propósito de la tarea del juzgador, resolver un conflicto, solo que para el árbitro ésta es la meta fundamental y para el juez no, sino la realización de uno de los valores fundamentales del derecho como es la justicia”<sup>29</sup>, y con ello permitir la presencia de otros más importantes, como la certeza, la seguridad y el orden jurídico

---

<sup>27</sup> Instituto de Investigaciones Jurídicas, Enciclopedia Jurídica Mexicana, 2ª. Edición Tomo VII Editorial Porrúa, México, 2004. p. 29.

<sup>28</sup> Ibidem. P. 31

<sup>29</sup> Loc.cit.



### 3.20 LAS VENTAJAS DEL ARBITRAJE

1.- Celeridad, dada la informalidad inflexibilidad del procedimiento arbitral en materia de plazos y etapas procesales, se puede hacer del arbitraje un procedimiento rápido.

2.- Economía, relacionada con la celeridad o rapidez del procedimiento, el acudir al arbitraje puede reflejarse en menores erogaciones de las partes en materia de honorarios, pues se deben de cubrir los gastos del tribunal, pero los honorarios de los árbitros y los costos administrativos corresponden a la institución que administra el arbitraje.

3.- Especialización, la libre expresión de los árbitros permite a las partes seleccionar a aquellos expertos y conocedores del tema objeto de la controversia.

4.- Confidencialidad, la documentación, pruebas, alegatos, y laudo arbitral son por lo general confidenciales, lo que asegura una mayor confianza para las partes.

5.- Imparcialidad, El arbitraje es un mecanismo aceptable para todos los interesados, pues evita que las partes acudan a los tribunales locales de cada una de ellas.

6.- Posibilidad de elegir al tribunal arbitral, las partes pueden elegir al o los árbitros que integran dicho tribunal, ya sea directamente o con la intervención de una institución que se encargue de la designación.

7.- Elección de la sede del arbitraje, ésta ventaja es particular que ofrece la institución ya que permite a las partes seleccionar un punto intermedio o mejor comunicado con los elementos necesarios para llevar a cabo el procedimiento arbitral.

8.- Elección del derecho aplicable, las partes pueden acordar cual será el derecho aplicable tanto al fondo del asunto como al procedimiento arbitral.

9.- Inmediación, En el arbitraje, los árbitros tienen un mayor contacto tanto con las pruebas como en el proceso mismo.

### 3.21 TIPOS DE ARBITRAJE

Esta clasificación atiende a la calidad de los sujetos litigantes, por ejemplo “el arbitraje de derecho internacional público tiene por objeto el arreglo de los litigios entre los estados, como entidades soberanas, mediante árbitros designados libremente y sobre la base del respeto a las instituciones jurídicas”<sup>30</sup> y en el arbitraje privado que trata de resolver las controversias entre particulares.

### 3.22 RESPONSABILIDAD PENAL

Se define como el deber jurídico de sufrir la pena que recae sobre quién ha cometido un delito esto es, una acción u omisión típica, antijurídica y culpable.

Durante largo tiempo la expresión responsabilidad fue también utilizada en el sentido hoy acordado en derecho penal, la expresión imputabilidad que tuvo por responsable a quién era capaz de responder de sus actos por haber alcanzado la madurez mental y gozar de salud mental, sin embargo esa capacidad es uno de los extremos en que reposa la responsabilidad penal por el acto típico y antijurídico cometido.

### 3.23 DELITO

La definición de delito es siempre el resultado de un silogismo que plantea bien el problema pero que nada nuevo descubre decir delito es un acto penado por la Ley, hemos de reconocer que la expresión y el contenido conceptual de ente jurídico solo aparece al ser construida la Doctrina del Derecho Liberal y sometida la autoridad del estado a los preceptos de una Ley anterior. El delito como ente jurídico solo es, incriminable en cuanto una ley anteriormente dictada lo define y le da una pena.

El delito tiene un carácter descriptivo y formal. Además, corresponde a una concepción dogmática, cuyas características esenciales sólo se obtienen de la ley.

De conformidad a lo anterior, en la mayoría de los ordenamientos herederos del sistema continental europeo, se acostumbra a definirlo como una acción típica antijurídica y culpable.

---

<sup>30</sup> Instituto de Investigaciones Jurídicas, Op,cit, p. 35.

Determinar la existencia de un delito, es decir, establecer que un determinado hecho constituye una infracción punible es un proceso axiológico, basado en un estudio normativo que metodológicamente se realiza a través de un análisis y síntesis.

### 3.24 TIPO

La expresión tipo, es usualmente utilizada por la doctrina, para aludir a la descripción de una “conducta prohibida realizada por una norma jurídico-penal, en tanto que la tipicidad, es entendida como la característica de una acción de adecuarse a una disposición legislativa”<sup>31</sup>. En el derecho penal se dice que un comportamiento es típico cuando coincide con lo previsto en un tipo penal, por ejemplo la acción de privar de la vida a otro es típica pues es exactamente la descripción de homicidio que formula el Código Penal.

Es evidente que aún cuando las expresiones tipo y tipicidad son conceptualmente diversas pero deben ser tratadas conjuntamente ya que, son notoriamente independientes. Para la ley penal precepto quiere decir la pena y la sanción que comprende los elementos determinantes de la punibilidad.

“Beling, afirmó que en toda acción, contraria a derecho existe conceptualmente un momento previo en que la conducta coincide con la descripción contenida en la ley”<sup>32</sup>, y por ello sugirió diferenciarlos a niveles de análisis, que hasta entonces eran realizados bajo el común denominador de la juricidad.

Para poder verificar si una acción es contraria a la norma, es preciso verificar si coincide con lo que dice la ley y es precisamente esa característica de la acción de poder ser subsimida en la descripción legal, a lo que el autor mencionado con anterioridad llamó tipicidad. Inmediatamente después, es viable a analizar si la conducta es antijurídica es decir contraria a la norma, lo que depende de la inexistencia de causas de justificación.

La diferencia entre tipo y juricidad fue utilizada para resolver problemas de la teoría del error, pues ambas características condicionaban la pena, y pueden diferenciarse según sea necesario.

---

<sup>31</sup> Instituto de Investigaciones Jurídicas, Op.cit, p.691.

<sup>32</sup> Instituto de investigaciones Jurídicas, Op.cit, p.692.

“Beling, distinguió entonces dos condiciones de punibilidad: a) Aquellas que necesitan ser conocidas por el autor para fundamentar la imposición de una pena, que son las que pertenecen al tipo y por lo mismo deben ser captadas por el dolo, b) Aquellas otras las cuales un error resulta irrelevante, pues no necesitan ser conocidas por el delincuente, éstas últimas quedan fuera del ámbito del tipo y no son captadas por el dolo”<sup>33</sup>.

### 3.25 TIPO PENAL

Proviene de la palabra alemana *tatbestand*, con lo que se alude a un conjunto de hechos, dotándolos de un significado unitario, cuando por otra parte la doctrina prefiere el término hecho, encuadrabilidad, subordinación o delito, en lugar de la tipicidad.

El origen de este concepto penal describe lo que antiguamente se conocía como delito específico en la totalidad de sus elementos. La práctica jurídico -penal del siglo XVIII se había extendido de tal modo al poder judicial, cuando el Juez podía castigar toda ilicitud posible, es decir toda acción jurídica y culpable era una acción punible.

En la dogmática penal mexicana, el tipo tiene diversas acepciones una de ellas se puede definir como el marco o cuadro derivado de la ley, o bien sinónimo de delito. En cuanto a la tipicidad existen infinidad de postulados en torno a como identificada y en su caso como definirla, pues resulta claro el carácter eminentemente valorativo que tiene el tipo penal y por ende la tipicidad,

La tipicidad también se define, como la acción incriminable, lo cual puede aceptarse con debido cuidado y supeditado a las causas de justificación

### 3.26 DELITOS CALIFICADOS POR EL RESULTADO

Precisamente en este tipo de delitos es en el que la teoría de la equivalencia de condiciones denunciaba su mayor quiebra la injusticias a que daba lugar la excesiva amplitud de la noción de causa no podían ser corregidas por la exigencia de la culpabilidad. Las soluciones que idearon los escritores eran hasta ahora de tipo excepcional: los delitos calificados por el resultado lo mismo se decía de los delitos de

---

<sup>33</sup> Instituto de investigaciones jurídicas, Op.cit, p.693.

peligro puesto que no son la regla en los códigos deben recibir soluciones extraordinarias.

### 3.27 DELITOS DE OMISION

La opinión dominante consideraba imposible hablar de causalidad material en los delitos omisivos ya que la condición causal de un resultado encierra en sí la idea de fuerza motriz que no existe en las omisiones . La nueva concepción de las omisiones tanto de los llamados de los delitos de omisión como de los titulados impropios o delitos de comisión por omisión hace que éste importante asunto se resuelva en sentido afirmativo como en las acciones así lo dice Mezger haciendo aplicación de la causalidad a las omisiones, la solución de este desesperante problema de una llamada causalidad en la omisión se llega a conseguir en cuanto se pone en claro que el delito de comisión por omisión jamás puede ser fundamentado tan solo desde dentro (internamente) sino exactamente igual que el propio delito de omisión tan solo desde fuera (externa-normativamente). El eje del delito de omisión es la acción esperada: el problema de la causalidad en los delitos de comisión por omisión se plantea exactamente en la misma forma que en el hacer activo, solo que no en referencia a la omisión como tal, sino en relación a la acción positiva pensada y al resultado

### 3.28 DOLO Y ERROR

Ante todo hay que establecer negativamente, que el dolo solo tiene que extenderse a auténticas circunstancias de hecho y no a otras manifestaciones. Las condiciones objetivas de punibilidad contenidas eventualmente en el tipo de la parte especial a los presupuestos procesales, son irrelevantes respecto del dolo del autor, el dolo del autor debe abarcar su conducta y el resultado y la cadena causal que vincula a uno y a otro . Esto se deduce de la circunstancia de que únicamente la causalidad de una conducta que la convierte en lo que prohíbe la Ley.

Se dice en general que el dolo del autor debe cubrir el cobro causal concreto pero es fácil advertir que el autor no lo conoce, casi nunca con precisión. Por lo tanto, es imposible exigir un conocimiento exacto del curso causal según la doctrina dominante y la jurisprudencia, basta que el autor tenga una idea aproximada del curso del suceso y que el resultado que se ha representado no difiera considerablemente del resultado que se ha producido.

También se dice que el dolo, es una maquinación o artificio de que se sirve un contratante para engañar a otro.

### 3.29 ERROR

La influencia del error sobre la justificación en el dolo sigue siendo objeto de discusiones particularmente vivas ante todo hay que distinguir dos grupos de problemas por un lado como debe tratarse el error del autor que se refiere a la existencia de circunstancias justificantes, por el otro, como debe valorarse la creencia errónea de una norma de justificación inexistente.

Frente a la teoría del dolo, la llamada la teoría de la culpabilidad (si hay error sobre la antijuricidad desaparece, de todos modos la culpabilidad ), sustenta la opinión de que el error sobre la existencia de norma o contra-norma es totalmente distinto del error sobre la existencia de sus elementos en el primer caso, el autor sabe lo que hace solo yerra sobre la prohibición de su conducta.

Podemos concluir que el dolo no es exclusivamente conocimiento y voluntad de los hechos o de las circunstancias de hecho de una norma típica sino conocimiento y voluntad de cometer lo injusto y el error sobre la prohibición está equiparado en cuanto al valor, y hace desaparecer la más grave culpabilidad por dolo.

Cabe aclarar que el error, es el conocimiento equivocado de una cosa, de un hecho o de un derecho, que invalida el acto producido con tal vicio.

### 3.30 MALA FE

Se define como la disposición de animo de alguien para realizar cualquier acto jurídico con el propósito de obtener una ventaja injusta en perjuicio de otra persona, por lo que es sancionado por el derecho.

### 3.31 HOMICIDIO

El homicidio constituye el delito básico y subsidiario respecto del resto de los delitos contra la vida humana independiente con los que comparte elementos comunes tales como el objeto material, el bien jurídico tutelado los sujetos, la acción típica el resultado y la relación causal,

Asimismo en torno al homicidio se construyen buena parte de los problemas generales de la teoría jurídica del delito (ACCIÓN, RELACION DE CAUSALIDAD, TIPICIDAD, ANTIJURISIDAD, CAUSAS DE JUSTIFICACION, FORMAS IMPERFECTAS DE EJECUCION )

Es clásica la definición de homicidio formulada por Carmignani como la muerte de un hombre por otro injustamente perpetrada.

### 3.32 TIPO OBJETIVO

El objeto material sobre el que recae la acción como en los demás delitos contra la vida humana independiente, es un hombre vivo y aún debe concretarse que se trata de otro hombre distinto del sujeto activo, en este sentido coinciden el objeto material y el sujeto pasivo. La vida humana, que se encarna en el hombre vivo, se protege desde el nacimiento hasta la muerte razón por la cual interesa determinar ambos momentos.

### 3.33 HOMICIDIO DOLOSO

Al homicidio cometido con dolo directo, es decir con conciencia en cuanto a los elementos del tipo y voluntad de realizar el hecho antijurídico o eventual consistente en representarse el autor la probabilidad de la producción del resultado antijurídico y admitirlo como tal. El dolo de matar o animus necandi resulta especialmente difícil de acreditar en los supuestos de causalidad de lesiones a la víctima, surge el problema de distinguir dicho ánimo meramente lesivo.

### 3.34 HOMICIDIO IMPRUDENTE

Quando el homicidio es cometido por imprudencia profesional se impondrá además de la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de la profesión. La calificación de imprudencia viene determinada por la entidad de la infracción del deber objetivo de cuidado. La imprudencia grave, constitutiva del delito se refiere en la omisión del deber de cuidado, objetivo y subjetivo exigible de las personas menos cuidadosas equivaliendo al concepto de temeridad.

### 3.35 HOMICIDIO PRETERINTENCIONAL

El presupuesto de ésta figura radica en que actuando el autor con ánimo de lesionar, acaba ocasionando la muerte no querida pero se deriva del proceso ejecutivo desplegado por aquel, en éste sentido se afirma que el resultado mortal va más allá de la mera intención lesiva.

### 3.36 PENA

“La pena es el medio con que cuenta el Estado para reaccionar frente al delito, expresándose como la restricción de derechos del responsable”<sup>34</sup>. Es la pérdida o restricción de derechos personales, contemplada en la ley e impuesta por el órgano jurisdiccional, mediante un proceso, al individuo responsable de la comisión de un delito.

El orden jurídico prevé además, las denominadas "medidas de seguridad" destinadas a enfrentar situaciones respecto de las cuales el uso de las penas no resulta suficiente o adecuado.

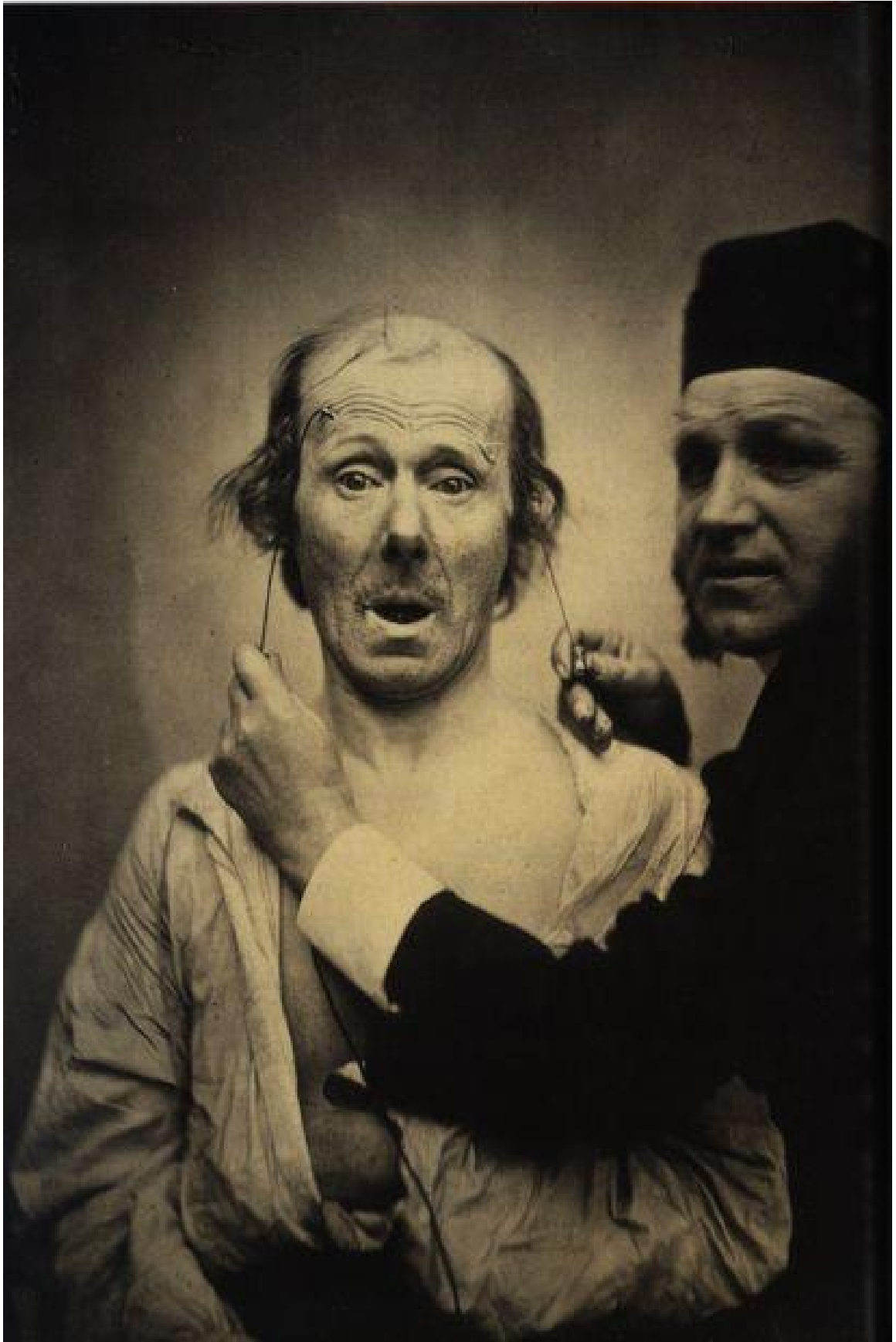
De este modo, podemos sostener que el Estado cuenta con dos clases de instrumentos; penas y medidas de seguridad.

También se puede definir a la pena, como el contenido de la sentencia, de condena impuesta al responsable de una infracción penal por el órgano jurisdiccional competente, que puede afectar a su libertad, a su patrimonio o al ejercicio de sus derechos, en el primer caso privándole de ella, en el segundo infringiéndole una merma en sus bienes y en el tercero, restringiéndolos o suspendiéndolos.

---

<sup>34</sup> [www.wikipedia.org.mx](http://www.wikipedia.org.mx).





**Capítulo 4**  
**HECHOS REALES DE NEGLIGENCIA MEDICA, CARTA DE DERECHOS**  
**GENERALES DE PACIENTES Y MÉDICOS Y COMISIÓN NACIONAL DE**  
**ARBITRAJE MEDICO.**

**4.1 HECHOS REALES DE NEGLIGENCIA MÉDICA**

1.- Las detenidas por el asunto San Salvador Atenco, estuvieron sometidas a todo tipo de represión durante la detención, fueron insultadas, amenazadas de ser violadas, golpeadas algunas hasta perder el conocimiento, amenazas de muerte y desaparición, incluso torturadas, para que dijeran los datos de sus familiares con la amenaza de matarlos a ellos también.

Nada podrá sanar el abuso sexual y la violación, fueron tocadas, pellizcadas, pateadas, golpeadas con puño, tolete, macana y con el escudo, en sus senos, glúteos y genitales, mientras seguían amenazándolas, fueron mordidas en senos, pezones, orejas, labios, lengua, etc., unas penetradas con dedos y objetos, algunas obligadas a hacerles sexo oral.

No conforme con los abusos a los que fueron sometidas, fueron víctimas de negligencia médica, algunas debieron ser vendadas y curadas desde el día que llegaron, algunas tenían infecciones vaginales e infección en las heridas.

2.- Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.- Víctima de un aparente y fatal caso de negligencia cometido por el cuerpo médico de un hospital del IMSS de esta ciudad, quien le amputó por confusión la pierna derecha en lugar de la izquierda, Don Alberto López Sánchez, de 74 años de edad, fue cercenado de la otra pierna afectada por una infección y agravada por la diabetes.

Mi papá se encuentra delicado, pero estable. Ahora le amputaron la pierna izquierda, unos seis centímetros arriba del tobillo, y está en sala de recuperación, señaló la hija del paciente, Esperanza López Ruiz, Don Alberto fue trasladado de nueva cuenta a la cama 306 del Hospital del 5 de mayo del IMSS, donde recibió el Año Nuevo ahora sin ninguna de las dos extremidades a consecuencia del presunto error del médico David

Chacón Zenteno, encargado de la primera cirugía, quien ya fue, junto con el IMSS, demandado por la familia ante la Procuraduría de Justicia del Estado por los delitos de negligencia médica y los que resulten.

**3.- Nombre:** Herlinda Casas Corral

**Edad:** 74 años

**Institución:** Hospital General de Zona Número 1 del IMSS en Durango

**Diagnóstico:** Un cúmulo de errores en la atención médica le provocó la muerte.

El 27 de junio de 2005 Herlinda Casas fue internada en el área de ortopedia del Hospital General del IMSS 1, en Durango, con fuertes dolores en la columna y espalda que le impedían caminar y estar sentada mucho tiempo. Cuando llevaba una semana internada, su hija Guadalupe notó una protuberancia en su espalda, y de inmediato avisó a los médicos y enfermeras. "Es porque lleva muchos días en cama", le contestaron, sin más explicaciones. Sin importar que Herlinda se sentía cada vez peor y casi no podía respirar, fue hasta una semana después, luego de que la hija desesperada pidió ayuda a la trabajadora social del nosocomio, cuando un médico internista acudió a revisarla. Demasiado tarde, el diagnóstico fue un descontrol metabólico total, pulmones infectados, su sangre no coagulaba, estaba llena de bacterias y tenía anemia aguda. Tres semanas después entró en coma y falleció a los dos días. La administración del hospital alegó a los familiares que no había pruebas de negligencia y dio por cerrado el caso, pero las investigaciones de la CNDH determinaron lo contrario: Herlinda murió porque no se le atendió oportunamente, se le suministraron medicamentos en cantidades excesivas, los expedientes estaban incompletos y el diagnóstico de los médicos nunca fue claro ni preciso.

**4.- Nombre:** Ángel Martínez Pérez

**Edad:** 41 años

**Institución:** Hospital General Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez del ISSSTE

**Diagnóstico:** Murió después de que le extrajeron tres muelas.

¿Quién podría imaginar que una visita rutinaria al dentista terminaría en tragedia? Cuando Ángel acudió al dentista, nadie pensó que quien le extrajo tres muelas le arrancaría también la vida. La cadena de errores que decidió su destino comenzó cuando el encargado de cirugía maxilofacial, Gerardo Saucedo, creyó que su alumno, el residente Ramiro Castillo, podría encargarse no solo de extraer las muelas del juicio del paciente, y que además creyó no era necesario hacer los estudios preoperatorios que le habrían dicho que la sangre de Ángel tenía dificultades para coagular. Después el interno no administró un antibiótico lo suficientemente fuerte para prevenir una infección y lo mandó a casa a descansar. Una semana después, Ángel apareció muy temprano en el hospital casi sin respirar pues una fuerte infección provocó que su garganta, lengua y toda la boca se inflamara. Pasó el día entero en el hospital, en el que nunca apareció un cirujano maxilofacial, urgencias tomó una tomografía, ya hasta el final del día se dieron cuenta de que la inflamación había llegado hasta el cuello, y fue trasladado de emergencia a otro hospital. A pesar de que fue operado y se mantuvo bajo vigilancia, las inflamaciones siguieron apareciendo, así que se le operó nuevamente, las cosas se complicaron cuando comenzó a ahogarse y se le aplicó una traqueotomía; sin embargo, el tiempo que estuvo sin respirar le provocó un daño cerebral del que nunca se recuperó. Murió justo el día que cumplió seis meses de aquella visita al dentista.

**5.- Nombre:** Sandra Maycott y su bebé

**Edad:** 31 años y recién nacida

**Institución:** Hospital materno infantil Magdalena Contreras del Gobierno del DF

**Diagnóstico:** El hospital no atendió el parto de Sandra, puso en peligro su vida y ocasionó la muerte de su hija.

"No hay servicio, usted disculpe", fue lo que le contestaron a Sandra Maycott cuando llegó al hospital Magdalena Contreras, en donde dos semanas atrás le habían dicho que su embarazo era de alto riesgo. Era un lunes a las diez de la noche, lo que significaba que si quería ser atendida tenía que esperar 12 horas, pues estaba citada en esa misma sala para la mañana siguiente. En realidad esa era su segunda cita, el viernes se había presentado, con todo y cita, para toparse con la misma historia: "No hay servicio". No podía esperar, así que sin más remedio atravesó media ciudad hasta llegar a Tlalpan, al G.A. González, donde el recibimiento fue otro. En menos de 20

minutos la ingresaron y el bebé nació por cesárea, pero de poco sirvió. Quienes la habían atendido en el hospital Magdalena Contreras dejaron pasar por alto que por ser un embarazo de alto riesgo la tendrían que haber programado para cesárea desde dos semanas antes. El retraso provocó que al entrar en labor de parto, las contracciones empujaran el cordón umbilical que se enredó en el cuello de la bebé y desprendió la placenta, impidiendo el paso de oxígeno a todo su organismo, incluyendo el cerebro. Los daños fueron irreversibles y la recién nacida murió 13 días después.

**6.- Nombre:** Sebastián Pintos Hernández

**Edad:** cinco años

**Institución:** Hospital 20 de Noviembre del ISSSTE

**Diagnóstico:** El aplazamiento de un trasplante de médula por falta de medicamentos dañó su salud y puso su vida en peligro.

En el Hospital 20 de Noviembre sobraron los pretextos para tratar de explicar cómo, durante más de medio año, nadie hizo nada para restablecer el abasto de un medicamento indispensable para realizar trasplantes de médula. La lista de espera simplemente se detuvo, y con ello la vida de Sebastián estuvo en riesgo de terminarse a sus apenas cinco años. Ante la impotencia de ver cómo la institución iba desahuciando a otros pequeños que, al igual que Sebastián, padecen leucemia, Rosa Pintos acudió a la CNDH para presentar su queja, con la esperanza de evitar que su sobrino corriera la misma suerte. La comisión investigó el asunto y descubrió una trama de mentiras. Las autoridades del ISSSTE respondieron a la CNDH que "estaban haciendo todo lo posible para restablecer el abasto", sin embargo, nunca pudieron comprobar con algún documento que dichas diligencias se estuvieran llevando a cabo. También mintieron al asegurar que sólo hacía falta una medicina, pues la investigación comprobó que eran en realidad tres. Peor aún, ante el argumento de que el laboratorio que les vende el fármaco estaba por terminar un lote que tardaría en llegar a México de seis a ocho semanas, la CNDH preguntó directamente al proveedor, quien respondió que tenía en sus bodegas lotes suficientes para abastecer la demanda nacional e internacional por los próximos tres años. Aunque Sebastián nunca dejó de recibir atención médica, su salud sufrió severos retrocesos por la falta de un trasplante.

7.- Se imaginan, lo que es para un padre o una madre perder a uno de sus hijos. Por desgracia, 35 familias de Sonora comparten esa misma historia a causa de errores médicos.

La señora Damaris Ramírez es la madre de Víctor Abdiel, un niño que murió a los 5 años de edad a consecuencia de una presunta negligencia médica en el Estado de Sonora.

La Sra. Ramírez relató: "fueron 41 días de martirio en la clínica Chávez del ISSS TE, es la triste historia que puedo narrar".

El 15 de septiembre de 2005, el pequeño Abdiel ingresó a un hospital del ISSSTE - SON por un problema de reflujo. Al ingresarlo a quirófano los cirujanos aseguraron que sería una operación de rutina, pero no fue así.

Según los dictámenes de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (Conamed), los cirujanos dejaron el estómago del niño desconectado del esófago, lo que le provocó una infección abdominal y la muerte.

Desde el fallecimiento de Abdiel, sus padres se han dedicado a denunciar el caso ante todas las instancias, pero la impunidad se ha impuesto y ninguno de los médicos ha sido castigado por el homicidio del pequeño.

Este caso dio origen al Primer Tribunal Ciudadano que existe en el país encargado de condenar públicamente abusos de poder, impunidad, atropellos, arbitrariedades y corruptelas de las autoridades de un estado cuyo gobernador, Eduardo Bours Castelo, se ha mostrado insensible pese al sufrimiento de la gente.

#### 4.2 CARTA DE LOS DERECHOS GENERALES DE LOS PACIENTES

- 1) Recibir atención médica adecuada.
- 2) Recibir trato digno y respetuoso.
- 3) Recibir información suficiente, clara oportuna y veraz.
- 4) Decidir libremente sobre su atención.
- 5) Otorgar o no su consentimiento validamente informado.
- 6) Ser tratado con confidencialidad.
- 7) Contar con facilidades para obtener una segunda opinión.
- 8) Recibir atención médica en caso de urgencia.
- 9) Contar con un expediente clínico.
- 10) Ser atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida.

Según esta investigación, los puntos que se desarrollarán a continuación son los mas propensos para realizar la negligencia médica:

- 1) **Atención médica adecuada**, el paciente tiene derecho a que la atención médica se le otorgue por personal preparado de acuerdo a las necesidades de su estado de salud y a las circunstancias en que se brinda la atención, así como ser informado cuando se requiera. (Ley General de Salud Art. 51 y 89).
- 2) **Trato digno y respetuoso**, el paciente tiene derecho a que el médico, la enfermera se identifiquen y le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales principalmente y las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de genero, de pudor y su intimidad, cualquiera que sea el padecimiento que presente y se haga extensivo a los familiares o acompañantes. ( Ley General de Salud Art. 51 y 83).
- 7) **Ser atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida** , el paciente tiene derecho a ser escuchado y recibir respuesta por la instancia correspondiente, cuando se inconforme por la atención médica recibida de

servidores públicos o privados. Así mismo tiene derecho a disponer de vías alternas a las judiciales para tratar de resolver un conflicto con el personal de salud. (Ley General de Salud art. 54).

8) **Recibir atención médica en caso de urgencia**, cuando esta en peligro la vida, un órgano o una función, el paciente tiene derecho a recibir atención de urgencia por un médico, en cualquier establecimiento de salud, sea público o privado, con el propósito de estabilizar sus condiciones. ( Ley General de Salud Art. 55).

#### 4.3 CARTA DE LOS DERECHOS GENERALES DE LOS MÉDICOS

- 1) Ejercer la medicina en forma libre y sin presiones de cualquier naturaleza: el médico tiene derecho a que se respete su juicio clínico (diagnóstico y terapéutico) y su libertad prescriptiva, así como su probable decisión de declinar la atención de algún paciente siempre que tales aspectos se sustenten sobre bases éticas, científicas y normativas. (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos Art. 5).
- 2) Instalaciones apropiadas.
- 3) Recursos a su disposición.
- 4) No garantizar resultados.
- 5) Recibir trato respetuoso.
- 6) Acceso o educación médica.
- 7) Investigación y docencia.
- 8) Asociación profesional.
- 9) Salvaguardar su prestigio.
- 10) Remuneración a sus servicios.

Conforme a los numerales antes mencionados, que en cierta forma apoyan a los médicos, se da la negligencia médica:

- 4) **El médico tiene derecho a no emitir juicios concluyentes sobre los resultados esperados,**



de la atención médica. ( Ley General de Salud Art. 23, 32, 33, Ley Reglamentaria del Art. 5 Constitucional, Art. 33, Código Civil Federal Art. 1828, 2613).

9) **El medico tiene derecho a la defensa de sus prestigio profesional** y a que la información sobre el curso de una probable controversia se trate con privacidad, y en su caso a pretender el resarcimiento del daño causado, la salvaguarda de su prestigio profesional demanda de los medios de comunicación respeto al principio de legalidad y a la garantía de audiencia de tal forma que no se presuma la comisión de ilícitos hasta en tanto no se resuelva legalmente cualquier controversia por la atención medica brindada. (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos Art. 14,16,17, Ley Reglamentaria del Art. 5, Art. 34,35).

#### 4.4 COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO

#### 4.5 ORIGENES Y FUNCIONES DE LA CONAMED

La comisión Nacional de Arbitraje Médico (Conamed) es un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, creado a instancias del Presidente de la República mediante decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 3 de junio de 1996. Su misión es contribuir a tutelar el derecho a la protección de la Salud, así como a elevar la calidad de los servicios médicos que se prestan en el país. Su objeto es contribuir a resolver los conflictos suscitados entre los usuarios de los servicios médicos y los prestadores de dicho servicios.

Fue creada para dar respuesta a las demandas de la sociedad sobre la necesidad de contar con una instancia, capaz de propiciar el entendimiento y resolver las controversias que susciten entre los usuarios y prestadores de servicios médicos.

Y para fortalecer la relación entre dos aliados históricos, los médicos y sus pacientes, en el contexto de un pleno estado de derecho y el apego a los principios éticos de la profesión médica. Asimismo, para coadyuvar a tutelar el derecho a la protección de la salud, interviniendo en forma amigable y de buena fe en la solución de las controversias que se pudieran presentar derivadas de un acto médico, realizar investigaciones y análisis

Permite elevar la calidad de los servicios médicos, y contribuir con los órganos jurisdiccionales en el desarrollo de los procesos que se ventilen ante ellos, así como reducirles cargas de trabajo sin sustituirlos

Es un derecho consagrado en la constitución mexicana de características sociales, por el cual se reconoce que todo mexicano tiene derecho a proteger su salud, como facto indispensable de una vida digna, quedando al estado la responsabilidad de regular los términos en que se dará acceso a los servicios de salud.

#### 4.6 ATRIBUCIONES DE LA CONAMED EN EL CUMPLIMIENTO DE SU OBJETO

La CONAMED está facultada para conocer de controversias suscitadas por la prestación de servicios médicos, por alguna de las causas siguientes:

- \_ Probables actos de negligencia con consecuencia de la salud del usuario
- \_ Negativa a prestar un servicio médico.
- \_ Diferimiento en la prestación del servicio médico por causas ajenas al paciente.
- \_ Todos los actos médicos en seres humanos.
- \_ Brindar asesoría e información.
- \_ Conciliar conflictos entre prestadores de servicios de salud y sus pacientes.
- \_ Fungir como arbitro y pronunciar laudos cuando las partes se sometan a arbitraje.
- \_ Realizar investigaciones en materia de salud.
- \_ Elaborar dictámenes o peritajes médicos.

Además, la CONAMED cumple una función de orientación al brindar orientación y asesoría, tanto a usuarios como a prestadores de servicios sobre sus derechos y obligaciones en materia de salud.

Por otra parte la CONAMED también actúa de oficio en cuestiones de interés general relacionadas con su esfera de competencia, es decir en asuntos vinculados con la prestación de servicios médicos y de igual manera, goza de facultades para colaborar con las autoridades de impartición y procuración de justicia cuando ésta solicita la emisión de dictámenes médicos.

#### 4.7 ANTECEDENTES DE LA CONAMED

Como institución pública con atribuciones para recibir, investigar y atender quejas de usuarios de servicios médicos, no tiene antecedente alguno

Cabe aclarar que la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) hasta antes de que se creara la CONAMED atendió aquellas inconformidades relacionadas con la prestación de servicios médicos por actos u omisiones cometidas por instituciones públicas, puesto que no cuenta con facultades para intervenir en controversias surgidas entre particulares .

Precisamente una de las funciones de la CONAMED es fomentar la creación de funciones análogas en las entidades federativas que atiendan las quejas de los usuarios de servicios médicos por actos u omisiones de los prestadores de dichos servicios en el interior de la república.

#### 4.8 DERECHOS Y OBLIGACIONES DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS MEDICOS Y DE LOS USUSARIOS DE DICHOS SERVICIOS.

En términos generales, y en el entendido que todo derecho trae aparejada una obligación los usuarios de servicios médicos conforme a lo señalado en el reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica, tienen derecho a obtener derechos de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable así como trato respetuoso y digno de los profesionales técnicos y auxiliares, quienes a su vez están obligados a sujetarse a las disposiciones de la institución prestadora de servicios de atención médica en relación al uso y conservación del mobiliario equipos médicos y materiales que se pongan a su disposición

#### 4.9 AUTONOMIA

El Art. 1º. De su Decreto de creación otorga a la CONAMED autonomía técnica para emitir sus opiniones y laudos, lo que significa que en la resolución de controversias por prestación de servicios médicos la CONAMED actúa con entera libertad sin sujetarse a instrucciones de alguna autoridad.

#### 4.10 ORGANIZACIÓN ADMINISTRATIVA DE LA CONAMED

La CONAMED cuenta con un consejo integrado por 10 destacadas personalidades éstas participan en el Consejo de manera honorífica por lo que no reciben remuneración alguna y al hacerlo instruyen la política de actuación institucional, siendo representantes de la asociación civil.

Estas son elegidas por el Ejecutivo Federal.

#### 4.11 AUTORIDAD MAXIMA DE LA CONAMED

El Consejo es la autoridad máxima. Esta integrado por 10 consejeros y el Titular de la Comisión, quien lo preside Se encarga de instruir la política de actuación de la comisión conforme a las atribuciones que para la CONAMED establece su decreto de creación.

#### 4.12 ORGANIZACIÓN ADMINISTRATIVA DE LA CONAMED

El comisionado nacional es el titular de la CONAMED. Para auxiliar en la gestión cuenta con dos subcomisiones, la "A" encargada de los asuntos sustantivos y la "B" que cuenta con atribuciones de apoyo y seguimiento.

A la subcomisión nacional "A" están adscritas las 4 áreas sustantivas: Orientación y Quejas, Conciliación, Coordinación Regional y Arbitraje, que tienen a su cargo respectivamente la recepción de quejas, la función coordinadora y la resolución de las quejas mediante el procedimiento arbitral.

En la Subcomisión Nacional "B" están las áreas de apoyo a la gestión: Administración, Investigación y Métodos y Compilación y Seguimiento.

El titular de la Comisión también cuenta con dos áreas que se le adscriben de manera directa: La Dirección General de Asuntos Sectoriales, que mantiene la vinculación con instituciones públicas y privadas que tengan relación con las actividades a cargo de la CONAMED, y la Dirección de Comunicación Social, que es el vínculo con los medios de comunicación. También existe la Contraloría Interna que conoce de actos u omisiones cometidos por servidores públicos de la CONAMED en el ejercicio de sus funciones.

LA CONAMED no es una autoridad sanitaria, las atribuciones de la Comisión tienen como base la premisa de que actúa a petición de parte, cuando se trata de controversias por prestación de servicios médicos, o de oficio ante cuestiones de interés general empero, cuando sus actuaciones se detecta la violación de normas sanitarias la CONAMED, no está autorizada a imponer sanciones sino que tiene la obligación de hacer del conocimiento de la Secretaría de Salud los presuntos hechos violatorios de la norma, a efecto de que sea la citada dependencia la que conforme a sus atribuciones decida lo conducente.

La CONAMED no es ningún tribunal, puesto que no tiene las características propias de los órganos estatales encargados de impartir justicia. La CONAMED solo conoce de las controversias cuando ambas partes involucradas en un conflicto derivado de la prestación de un servicio médico están de acuerdo en que la Comisión resuelva sus

diferencias ya sea mediante la conciliación o por medio del arbitraje, por lo cual, si alguna de las partes no manifiesta su voluntad para que la CONAMED conozca del asunto, este deberá ventilarse ante los tribunales judiciales.

La CONAMED solo tiene atribuciones para conciliar y arbitrar en casos de controversias surgidas con motivo de la prestación de servicios de salud, y que de manera voluntaria le sometan los ciudadanos. La comisión no está facultada para imponer sanciones. Únicamente esta facultada para hacer del conocimiento de las instituciones tanto públicas como privadas las recomendaciones de los presuntos hechos violatorios.

Uno de los aspectos más importantes del Decreto de creación, es la facultad de la CONAMED para conocer de inconformidades sobre prestación de servicios médicos por parte de instituciones públicas como privadas.

#### 4.13 PROCEDIMIENTO PARA PRESENTAR UNA QUEJA

Los asuntos pueden ser presentados bajo 3 modalidades: Personal, telefónica y por correspondencia y adicionalmente se cuenta con el servicio de información a través de correo electrónico.

El quejoso puede acudir a las instituciones de la Comisión presentando preferentemente los documentos que se relacionen con el motivo de la queja. Cuando la irregularidad del servicio haya ocurrido en alguna de las entidades federativas las quejas pueden enviarse por correo anexando los documentos que avalen su inconformidad.

La atención es brindada por un grupo de trabajo, conformada por profesionales de la medicina y del derecho que garantizan la atención integral a sus planteamientos en un ambiente neutral. La imparcialidad es un elemento toral de las acciones que lleva a cabo la comisión. El binomio de expertos médicos y legales de la comisión con base en la exposición de hechos del usuario, determina si la problemática encuadra en la competencia de la CONAMED, de ser así procede a radicar la queja correspondiente y se turna el asunto al área de conciliación. La estancia del usuario en la sede de la comisión para el trámite de su queja en la mayoría de los casos se ubica entre 1 y 2 horas.

El tiempo promedio es de 27 días para prestadores de servicios privados y de 60 a 80 días aproximadamente para instituciones públicas.

#### 4.14 TERMINOS PARA LA INICIACION DE LA INVESTIGACION DE UNA QUEJA

Para que la CONAMED inicie una queja es suficiente la presunta irregularidad en la prestación del servicio que haya sido presentada por escrito y firmada por el usuario o que se haga ante los servidores públicos de la comisión quienes la redactarán y la presentarán al quejoso para su firma. Además será necesario que el quejoso acredite mínimamente la irregularidad que atribuye al prestador de servicio mediante documentos tales como resultados clínicos, recetas y de ser posible las notas médicas o expediente clínico

La queja puede ser presentada por cualquier persona que bajo protesta de decir verdad, manifieste la imposibilidad del afectado para presentarse ante la Comisión.

Cuando al evaluar los hechos materia de la queja se desprende de manera fehaciente que no existe irregularidad de la prestación de servicio, el quejoso recibe una explicación al respecto por parte de un médico de la CONAMED y en su caso se le orienta sobre las instancias a las que puede acudir para resolver su inconformidad. Por otra parte cuando de los hechos manifestados se presume una irregularidad, se cita al prestador del servicio para que rinda un informe, mismo que se valora en forma conjunta con la queja y si no se encuentran elementos para calificar la irregularidad se cita a audiencia de conciliación en donde se explica a las partes el resultado de la evaluación y se le insta a conciliar sus diferencias. Si la parte quejosa no está de acuerdo con la evaluación, se le propone pasar el asunto al arbitraje de la comisión, a efecto de que se resuelva en definitiva mediante la emisión de un laudo.

Debe recordarse que en términos del Art. 2 de su Decreto de su creación la CONAMED tiene como objeto contribuir a resolver los conflictos suscitados entre los usuarios de los servicios médicos y los prestadores de dichos servicios mismos que que conforme a la Ley General de Salud son las instituciones de salud de carácter público, privado o social así como los profesionales técnicos y auxiliares que ejerzan libremente cualquier actividad relacionada con la práctica médica. De tal manera que en esta clasificación se encuentran reconocidas de manera implícita los médicos

cualesquiera que se su especialidad: Odontólogos, Psicólogos, Enfermeras, Técnicos en Rehabilitación, Químicos, Trabajadores Sociales y en general cualquier auxiliar que esté vinculado en forma directa con el servicio médico.

#### 4.15 EL PAPEL DE LA COMISION EN LA EVALUACION EN LOS SERVICIOS DE SALUD TANTO PUBLICO COMO PRIVADOS.

El análisis sistemático de los asuntos que plantean las quejas presentadas en la CONAMED contra prestadores de servicio tanto públicos como privados, permiten hacer una clasificación que agrupe las diversas variables circunstancias que originan las irregularidades en la atención del paciente lo que permite establecer las causas y proponer las soluciones más adecuadas. Este análisis permitirá la elaboración de opiniones técnicas dirigidas, en lo general a la salud y en lo particular, a determinadas instituciones ya sean públicas o privadas o bien a aquellos profesionales que ejerzan la práctica profesional de manera independiente con el fin de que valúen circunstancias en que están prestando los servicios y en su caso modifiquen sus esquemas de trabajo a fin de elevar la calidad de los servicios que prestan. El Art. 4º. Frac VI DEL Decreto de Creación regula la atribución de la CONAMED para intervenir de oficio en cualquier otra cuestión que se considere de interés general en la esfera de su competencia de lo anterior se deduce la facultad que tiene la comisión para actuar oficiosamente es decir sin que exista queja de por medio.

#### 4.16 PROCESO DE INFORMACION Y ASESORIA.

La CONAMED ofrece a la población diversas alternativas para la resolución de conflictos derivados de la prestación de servicios médicos información y asesoría, conciliación y arbitraje todos con el afán de contribuir a la calidad de la atención médica y con la característica común de ser gratuitos ágiles expeditos y confidenciales, cada uno de ellos cuenta con términos predeterminados, a fin de poder garantizar a las partes la pronta respuesta a sus reclamos.



#### 4.17 PROCESO DE CONCILIACION.

La conciliación es un proceso alterno para resolver conflictos, distinto a la controversia judicial que pudiera entablarse entre el médico y el paciente con el procedimiento de conciliación se evita un litigio seguro o se termina uno con avenencia de las partes, por su mutuo acuerdo y sin necesitar la intervención de una autoridad jurisdiccional, ésta se lleva a cabo mediante la integración de la queja y se analiza de manera puntual la documentación aportada por los quejosos utilizando los dos componentes básicos proporcionados por éstos a saber: la narración de hechos y motivos de la queja así como las pretensiones que reclaman para dar fin a la controversia. A ellos se adiciona toda aquella información y pruebas que sean presentadas por el prestador de servicios con el propósito de contar con los elementos suficientes para valorar el cumplimiento de las obligaciones del profesional o de la institución.

En los casos en los que no se acepta la conciliación, se dejan a salvo los derechos del paciente y del médico para acudir a otra instancia a dirimir su conflicto. Cuando no se llega a un acuerdo se pone a consideración de las partes la posibilidad de que la comisión intervenga como arbitro para darle solución al conflicto .

#### 4.18 PROCESO DE ARBITRAJE.

El arbitraje es una forma de dar solución a un litigio dado por medio de un tercero (CONAMED) siguiendo un procedimiento que, sin obstar que su regulación se fundamente en la Ley Procesal. La resolución final del arbitro se denomina laudo. El arbitraje puede ser en estricto derecho o en amigable composición en ésta última el arbitro resuelve en conciencia y a buena fe guardada.

Cabe mencionar las diferencias de los aspectos de la responsabilidad civil de la penal, en el orden civil cabe la renuncia de ambas partes a que los tribunales del estado lo resuelvan la controversia y para designar a un tercero que la resuelva en este caso si es posible solicitar a la CONAMED funja como arbitro.

Empero, ante la denuncia de hechos por la presumible comisión de un delito ya sea se persiga a la parte ofendida o de oficio, la resolución de la controversia debe atenderse a las disposiciones del orden penal, por lo que, siendo el arbitraje una figura del derecho civil no cabe la renuncia de tal instancia para someterse al arbitraje.

El ejercicio profesional solo puede limitarse por la comisión de un ilícito tipificado en la legislación penal, como resultado de una práctica profesional que la Ley General de Salud tipifica como un delito, la determinación de la pena consistente en limitar el ejercicio del médico, no puede sujetarse al arbitraje dado que están involucradas disposiciones legales de interés público.

El laudo que emite la CONAMED pone fin a la controversia y no es materia de amparo dado que la comisión, cuando actúa como arbitro lo hace en términos de la legislación civil que faculta a cualquier persona física o moral para actuar como tal, por lo tanto la resolución que emite en este caso el laudo, no es un acto de autoridad. El laudo tiene carácter de cosa juzgada por lo que ninguna autoridad jurisdiccional está facultada para revisar el fondo del asunto, es decir la controversia no puede volverse a ventilar en los tribunales .

#### 4.19 ARBITRAJE MEDICO EN LOS ESTADOS DE LA REPUBLICA.

La CONAMED tiene facultades para actuar en el ámbito nacional dado que su decreto de creación no limita su actividad al D-F-, no obstante ser la sede de sus instalaciones. En términos de su decreto de su creación la CONAMED está facultada para asesorar a los gobiernos de las entidades federativas para la constitución de instituciones análogas a la comisión nacional, por lo que se ha establecido un programa de promoción en los términos que opera la CONAMED.

#### 4.20 COMISIONES ESTATALES DE ARBITRAJE MEDICO

Son entes públicos dependientes de los gobiernos de cada entidad federativa que gozan de total autonomía respecto de la CONAMED y cuyo objeto es contribuir a resolver los conflictos suscitados entre los usuarios y prestadores de los servicios médicos.

## CONCLUSIONES

1.- Si bien es cierto los pueblos, Egipcios, Hebreos, y Chino atribuían las enfermedades, males y curación de estas, a las deidades, pero desde aquellos tiempos se ayudaban con hierbas en cierta forma medicinales para minimizar el dolor, así como la raza aria e india, los alemanes, los habitantes de la época renacentista y los estadounidenses ya realizaban investigaciones de cómo se podían aliviar las enfermedades, de cómo reconstruir algún miembro corporal, o sanar una fractura, pero en aquellos tiempos no existía el derecho a la vida y mucho menos se tenía conocimiento del derecho a la salud y seguridad social.

2.- En realidad la enseñanza y práctica de la medicina, siempre se ha transmitido de generación en generación, de anciano a joven o de hombre a mujer. Además, aquellos pueblos, pensaron en un lugar especial para sanar y restaurar el cuerpo humano, ahora conocidos como hospitales pero, en aquel tiempo si el enfermo moría, se atribuía a un mal divino, pero hasta la fecha nunca se ha establecido, hasta donde llegó o llegará la actitud del médico.

3.- A partir del siglo XVIII se tiene conocimiento de las luchas mundiales que los trabajadores realizaban por el derecho a la seguridad social, el cual consistía en la protección a la salud, dentro y fuera del área laboral, es decir como hasta la fecha cubrir accidentes y enfermedades de trabajo, para el bienestar del país, y este a su vez tuviera solvencia económica y política. Este derecho el cual debía contar por lo menos con el derecho de invalidez y vejez, acceso de medicamentos, así como cajas de jubilaciones y pensiones.

4.- Es necesario tener en cuenta y entender, que la salud es un derecho para realizar actividades y habilidades óptimas para tener una participación social, laboral e intelectual plenas, así como tener un sujeto o institución que lo garantice.

5.- Para que el ser humano actual pueda gozar de salud, hablando de que la institución que lo garantiza es el Estado Mexicano, entendamos que previsión social es el conjunto de acciones humanas e institucionales, es decir la recolección de dinero, para organizar a la seguridad social que es la planeación adecuada del elemento humano que está en constante riesgo profesional y social.

6.- Debido a la existencia de la seguridad social en este país fue necesaria la creación de los Institutos de Seguridad Social Públicos más importantes, que desde sus inicios tuvieron, tienen y tendrán la vigilancia en teoría, del derecho a la salud.

7.- Cabe aclarar que si comúnmente el sentido de la responsabilidad se define como la obligación que tenemos los seres humanos de rendir cuenta de nuestros actos a la sociedad, es probable que en el Distrito Federal haya muchos doctores y hospitales que necesitan darnos razón de sus actos médicos.

8.- Si bien es cierto, uno de los más importantes principios de un médico, que se encuentra en una emergencia es no detenerse a pensar si la acción que realizará en determinada persona para salvarle la vida traerá consecuencias jurídicas, pues también debe pensar que en una consulta o una cirugía simple, tiene que plasmar todos sus conocimientos en esas actividades, para no caer en la negligencia médica.

9.- A lo largo de esta investigación, entendimos que los expertos de la medicina en todas sus ramas, cometen errores, lo cual ha quedado demostrado, y es por ello que surgió la necesidad, de la creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, órgano al que llegan las quejas de los pacientes.

10.- Si bien es cierto la CONAMED tiene como principal objetivo la resolución de conflictos que se puedan suscitar entre paciente y doctor, pero no garantiza un resultado favorable para el quejoso (paciente).

11.- Debido a las formas de culpas médicas, que son la impericia, la que se define como falta de conocimientos técnicos, experiencia o habilidad en el ejercicio de la medicina o la imprudencia que se trata de la ligereza o la falta de las adecuadas precauciones, o bien la propia negligencia la cual ha quedado plasmada como el descuido o omisión, o falta de aplicación de un acto médico, por ello surge la idea de que la presente tesis, tenga como principal objetivo resaltar la presente conclusión o propuesta, misma que muestra la necesidad de que la negligencia, impericia o imprudencia médica es algo inminente a nivel local y federal y en este trabajo ha quedado demostrado en el capítulo 4, es por ello que el tema de la presente investigación sea la necesidad de tipificar la negligencia médica como delito y que los Doctores, Químicos, Dentistas, Enfermeras, tengan una sanción penal, en donde realmente se establezca un artículo en donde los profesionales y todas aquellas personas que ejerzan la medicina y sus ramas, al causar daño o la muerte, a una persona, tengan una pena, establecida en el Código Penal para el Distrito Federal. 95

## **BIBLIOGRAFIA**

- 1.- ALVAREZ ALVA, Rafael. Salud Pública y Medicina Preventiva. 3<sup>a</sup>. edición, Ed., El Manual Moderno, México, 2002.
- 2.-ARECHIGA, Hugo. Un siglo de Ciencia de la Salud en México. 1<sup>a</sup>. edición, Ed., Consejo Nacional para las Cultura y las Artes.
- 3.- ASAMBLEA LEGISLATIVA DEL DISTRITO FEDERAL II LEGISLATURA. Memorias de los Foros de Consulta para Reformar la Ley de Salud para el D.F. 1<sup>a</sup>. edición, Ed.,Porrúa, México 2003.
- 4.-BARQUIN C, Manuel. Historia de la Medicina en su Problemática Actual. 4<sup>a</sup>. edición, Ed; Librería de Medicina, México, 1979.
- 5.- BAUMAM, Jürgen. Derecho Penal, Conceptos Fundamentales y Sistema. - 1<sup>a</sup>. edición, Ed; De Palma, Buenos Aires, 1973.
- 6.- CABRERA BASAM, José. Trabajo Subordinado y Trabajo Autónomo en la Delimitación de Fronteras del Derecho del Trabajo. Ed; Tecnos, 1979.
- 7.- CALDERON CERESO, Ángel. Derecho Penal. 1<sup>a</sup> edición, Ed; Bosch , 1999.
- 8.- CENTRO DE DOCUMENTACION (CONAMED).Preguntas y Respuestas de la Conamed, 1<sup>a</sup>. edición ,1999.
- 9.- DE PINA VARA, Rafael. Diccionario de Derecho.15<sup>a</sup>. edición, Ed; Porrúa, México, 1988.
- 10.- GONZALEZ DIAZ, Lombardo. El Derecho Social y la Seguridad Social Integral. 2<sup>a</sup>. edición, Ed.; Dirección de Publicaciones UNAM, México 1978.
- 11.-GARCIA PELAYO, Ramón. Pequeño Larousse Ilustrado. Ed. Librería Larousse, México,1982.
- 12.-INSTITUTO DE INVESTIGACIONES JURIDICAS. Enciclopedia Jurídica Mexicana, 2<sup>a</sup> edición, Tomo VI, Ed; Porrúa, México, 2004.

13. – Enciclopedia Jurídica Mexicana, 2ª. edición, Tomo VII, Ed.; Porrúa, México 2004.
14. – Enciclopedia Jurídica Mexicana, 2ª edición, Tomo XII, Ed; Porrúa, México 2004.
  
- 15.- JIMENEZ DE ASÚA, Luis. La Ley y el Delito, Principios de Derecho Penal. 11ª. edición, Ed; Sudamericana, 1980.
  
- 16.- PATITO, José Ángel. Medicina Legal. 2ª. edición, Ed.; Ediciones Centro -Norte, 2001.
  
- 17.- RODRIGUEZ ALMADA, Hugo. Derecho Médico. Ed. IB de F. Buenos Aires, 2001.
  
- 18.- SINGER, HENRY E. Civilización y Enfermedad. Ed. Fondo de Cultura Económica, México 1946.
  
- 19.- SOBERON, Guillermo. La salud en México: Testimonios. Tomo I, Ed. Fondo de Cultura Económica, México, 1988.
  
- 20.- SOMOLINOS D'ARDOIS, German. Historia de la Medicina. Ed. Pormaca, México, 1964.
  
- 21.- VILALTA NICUESA, Aura Esther. Responsabilidad Médica. 1ª. edición, Ed. Bosch, 1999.

## **PAGINAS WEB**

- 22.- [www.amlo.org.mx](http://www.amlo.org.mx)
- 23.- [www.azc.uam.mx](http://www.azc.uam.mx)
- 24.- [www.chiapas.indymedia.org.mx](http://www.chiapas.indymedia.org.mx)
- 25.- [www.conapo.gob.mx](http://www.conapo.gob.mx)
- 26.- [www.diariodecomitan.com](http://www.diariodecomitan.com)
- 27.- [www.geosalud.com](http://www.geosalud.com)
- 28.- [www.imagenmedica.com.mx](http://www.imagenmedica.com.mx)
- 29.- [www.imss.gob.mx](http://www.imss.gob.mx)
- 30.- [www.intranet.e-hidalgo.gob.mx](http://www.intranet.e-hidalgo.gob.mx)
- 31.- [www.issste.gob.mx](http://www.issste.gob.mx)
- 32.- [www.lacoctelera.com](http://www.lacoctelera.com)
- 33.- [www.medicolegal.com.mx](http://www.medicolegal.com.mx)
- 34.- [www.monografias.com](http://www.monografias.com)
- 35.- [www.nuevoexcelsior.com.mx](http://www.nuevoexcelsior.com.mx)
- 36.- [www.omegailce.edu.mx](http://www.omegailce.edu.mx)
- 37.- [www.prd.org.mx](http://www.prd.org.mx)
- 38.- [www.scjn.gob.mx](http://www.scjn.gob.mx)
- 39.- [www.segurossalud.cl.com](http://www.segurossalud.cl.com)
- 40.- [www.tsj-tabasco.gob.mx](http://www.tsj-tabasco.gob.mx)
- 41.- [www.tvazteca.com](http://www.tvazteca.com)
- 42.- [www.universidadabierta.edu.mx](http://www.universidadabierta.edu.mx)
- 43.- [www.wikipedia.org.mx](http://www.wikipedia.org.mx)
- 44.- [www.wordreference.com](http://www.wordreference.com)
- 45.- [www.zuhaizpe.com](http://www.zuhaizpe.com)

## **LEGISLACIÓN**

46.- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

47.- Ley General de Salud.

48.- Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social.

49.- Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

50.- Código Penal para el Distrito Federal.

51.- Código Civil para el Distrito Federal.

52.- Código Penal para el Estado de Tamaulipas.

53.- Código Penal para el Estado de Tabasco.