



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL

DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN

SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN

ANESTESIOLOGÍA

**“CONOCIMIENTO DEL MÉDICO ANESTESIÓLOGO Y RESIDENTE DE ANESTESIOLOGÍA EN
CONCEPTOS LEGALES BÁSICOS APLICABLES A LA ATENCIÓN MÉDICA”**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN SOCIOMÉDICA

PRESENTA

DR. JESÚS EDUARDO ROBLEDO RODRÍGUEZ

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN

ANESTESIOLOGÍA

DIRECTOR DE TESIS

DR. JAIME RIVERA FLORES



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.

**CONOCIMIENTO DEL MÉDICO ANESTESIÓLOGO Y RESIDENTE DE
ANESTESIOLOGÍA EN CONCEPTOS LEGALES BÁSICOS APLICABLES
A LA ATENCIÓN MÉDICA**

Dr. Jesús Eduardo Robledo Rodríguez

Vo. Bo.
Dra. María Maricela Anguiano García

Titular del Curso de Especialización
en Anestesiología

Vo. Bo.
Dr. Antonio Fraga Mouret

Director de Educación e Investigación.

**CONOCIMIENTO DEL MÉDICO ANESTESIÓLOGO Y RESIDENTE DE
ANESTESIOLOGÍA EN CONCEPTOS LEGALES BÁSICOS APLICABLES
A LA ATENCIÓN MÉDICA**

Dr. Jesús Eduardo Robledo Rodríguez

Vo. Bo.
Dr. Jaime Rivera Flores

Asesor de Tesis

Médico Adscrito del Hospital General Balbuena de la Secretaría de Salud del
Distrito Federal

Dedicatoria

A mis padres y mi hermano, quienes nuevamente a lo largo de estos tres años ayudaron a mantenerme en los momentos de cansancio y desesperación; por su aliento constante y por regalarme vida y tiempo.

A los médicos anestesiólogos que fueron mis maestros en lo bueno y lo malo a lo largo de la residencia médica, y a mis compañeros, por hacerme notar que la Anestesiología no es una rama auxiliar de la Cirugía sino la que le permite existir.

A todos los pacientes que permitieron el desarrollo de mis habilidades y conocimientos, quienes a pesar de los muchos errores que tuve, siempre fueron tolerantes.

A quienes hicieron posible el desarrollo de esta tesis.

Índice

Introducción.....	1
Material y Métodos.....	12
Resultados.....	14
Análisis de Resultados.....	21
Discusión.....	26
Conclusiones.....	29
Bibliografía.....	30

Resumen

En la actualidad la medicina se encuentra evolucionando entorno a los problemas médico-legales, cuestión que ha influido, sin duda como origen del error médico, en el surgimiento de la medicina defensiva; es así que la atención médica debe ser reconocida como una actividad de riesgo para médico y paciente. Una de las características de los médicos latinoamericanos es el desconocimiento de las leyes vigentes que regulan la atención médica. Actualmente los conocimientos y habilidades del médico se encuentran bajo normas éticas y jurídicas que establecen, en cierta medida, las bases para evitar o prevenir cualquier acción contraria al bienestar del paciente. **Objetivos:** Identificar cuáles son los conceptos legales básicos aplicables a la atención médica que conocen los médicos anestesiólogos y residentes. **Material y Métodos:** Se realizó un estudio transversal, descriptivo y prospectivo tipo cuestionario con muestreo no probabilístico; aplicando el mismo a médicos anestesiólogos de ambos sexos que asistieron al XXXIV Curso Anual de Actualización en Anestesiología y Medicina Perioperatoria del 4 al 7 de junio del 2008, así como a los residentes Anestesiología de primero y segundo año Anestesiología de la Secretaría de Salud del Distrito Federal con sede en el Hospital General de Ticomán en el mismo periodo. No se incluyeron los cuestionarios de los residentes de tercer año de Anestesiología por ser el grupo en el que se realizó la prueba piloto. Se eliminaron diez cuestionarios que no tenían los datos de la ficha de identificación completos así como 15 que no fueron contestados al cien por ciento o con más de una respuesta. El instrumento se integró en la parte de la ficha de identificación por edad, sexo y grado académico (médico anestesiólogo o residente de anestesiología) además, se incluyeron 20 preguntas con respuestas de opción múltiple por medio de las cuales se evaluó el conocimiento y la identificación de conceptos legales básicos aplicables a la atención médica. **Resultados:** La evaluación del conocimiento de los conceptos legales básicos de los 84 participantes fue la siguiente: 50% obtuvo más de 10 aciertos, con mínimo de 3 y un máximo de 18. En promedio el número de aciertos fue 10, desviación estándar de 2.5 unidades. La calificación obtenida con mayor frecuencia fue 5.0, promedio 5.2; 50% obtuvo calificaciones por debajo de la misma cifra. De acuerdo a la escala, en general, solo el 5% tuvo conocimiento adecuado de los conceptos legales interrogados, 62% suficiente y 33% no satisfactorio. **Conclusión:** La necesidad de entender que la Anestesiología cada día es una especialidad más demandada por médicos residentes debe favorecer el replanteamiento de su enseñanza, es decir, que anestesiólogos y residentes comprendan que la delicada actividad profesional que realizan tiene fundamentos legales.

Palabras clave: Conocimientos legales, atención médica, responsabilidad médica en anestesia.

Introducción

En la actualidad la medicina se encuentra evolucionando entorno a los problemas médico-legales, cuestión que ha influido, sin duda como origen del error médico, en el surgimiento de la medicina defensiva; es así que la atención médica debe ser reconocida como una actividad de riesgo para médico y paciente.

La atención médica se define como el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo con el fin de proteger, promover y restaurar su salud, y sus actividades son preventivas, curativas y de rehabilitación.¹ Es este contexto el que permite hablar de los principales prestadores de servicios médicos, de su pericia y sobre cuál es su conocimiento, no solamente científico sino ético, jurídico, humano etc. considerando, además, su relación con el error médico.

En el año 2002 en base a la Información básica sobre Recursos del Sistema Nacional de Salud en México, habían 139 508 médicos, de los cuales 36 186 eran médicos generales, 46 563 eran especialistas y 29 303 se encontraban en formación, dentro de ellos los médicos residentes y, específicamente para el Distrito Federal habían 6 784 de estos últimos.² En las estadísticas de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico en el 2007 se recibieron 1753 quejas realizadas por pacientes, a diferencia del 2006 en el que se reportaron 1657. En lo referente al resultado de evidencia de mala práctica conforme el análisis documental de asuntos concluidos en el 2007 se revisó 1481 casos, de los cuales 997 se reportaron sin evidencia de mala práctica y 484 con evidencia de mala práctica. Finalmente, de las quejas concluidas por especialidad del caso, según evidencia de mala práctica observada en el mismo año se encontraron 51 casos para Cirugía General, 32 para Urgencias Médicas, 37 para Ginecología, 22 para Ortopedia General, 32 para Obstetricia, 11 para Traumatología, 11 para Urgencias Quirúrgicas, 3 para Cirugía Plástica y

Estética, 3 para Anestesiología y 7 para Medicina Interna.³ De acuerdo a la fuente consultada no existe estadística alguna en la que se contemplen los casos en los que se encontraba implicado el médico residente, y esto concuerda con lo que sucede en México: no existen leyes que regulen per se la actividad del residente, su proceder está sujeto a la normatividad de la que es objeto el médico especialista,⁴ aunque no deja de ser ambiguo.

Una de las características de los médicos latinoamericanos es el desconocimiento de las leyes vigentes que regulan la atención médica. Actualmente los conocimientos y habilidades del médico se encuentran bajo normas éticas y jurídicas que establecen, en cierta medida, las bases para evitar o prevenir cualquier acción contraria al bienestar del paciente.⁵

La educación médica continua, la solidez y actualización de los conocimientos adquiridos durante la especialidad médica, así como un adecuado nivel de habilidades técnicas; garantizarán la práctica profesional de calidad para cumplir con los objetivos definidos por la norma.⁶ Asociado a esto debemos considerar un concepto esencial dentro del derecho sanitario, el cual es “la disciplina jurídica especial que define las relaciones entre los usuarios o pacientes y los sistemas nacionales de salud”;⁷ el concepto a explicar es *Lex artis*, ya que en este término descansa el marco general de actuación del profesional, técnico y auxiliar de las disciplinas para la salud.⁸ La *lex artis* o ley del arte, sobresale al componerse de los elementos o fuentes a través de los cuales se ha adquirido el conocimiento médico; de ahí que “constituya el criterio clave para determinar la existencia o no de responsabilidad médica” cuando es requerido.⁹ Así, se debe señalar que es importante conocer el concepto de los principios científicos de la práctica médica o *lex artis* médica, que también puede definirse como el conjunto de reglas para el ejercicio médico contenidas en la literatura universalmente aceptada, en la cual se

establecen los medios ordinarios para la atención médica y los criterios para su empleo y, a su vez, saber que los principios éticos de la práctica médica son el conjunto de reglas bioéticas y deontológicas universalmente aceptadas para la atención médica.¹⁰ Dichos términos deben integrarse a la enseñanza médica; como expresa Casa Madrid¹¹ “no se trata de utilizar toda la información con la que se cuente, sino de buscar la que es acorde al caso particular del paciente, con proceder ético, dentro de la ley y que es generalmente aceptado en una comunidad médica, y se agrega que estas consideraciones deben ser ajustadas a las circunstancias de modo, lugar y tiempo”. En referencia al mismo autor destaca que siempre debemos tener la necesidad de precisar en cada caso concreto en cada uno de los siguientes elementos: “1) la situación concreta del paciente, 2) las necesidades del mismo y por lo tanto los objetivos de su atención (electiva, de urgencia, de complacencia, etc.), 3) cuáles son las reglas de *lex artis* y deontología médicas aplicables a la situación concreta (ponderar cuáles serían las alternativas de atención), 4) como deben aplicarse dichas reglas en términos de la *media* y 5) evaluar su aplicación en el caso a estudio”. Nuevamente Casa Madrid refiere que la *lex artis* puede ser clasificada en razón de las siguientes fuentes : “a) literatura magistral (la empleada en las instituciones de educación superior para la formación de personal de salud), b) la bibliohemerografía indexada (la contenida en publicaciones autorizadas por comités nacionales especializados en indexación y homologación biblio-hemerográfica o instituciones ad hoc), c) las publicaciones emitidas por los institutos nacionales de salud e instituciones ad hoc en las cuales se refieran resultados de investigación para la salud), d) publicaciones que demuestren mérito científico y validez estadística, e) los criterios que, en su caso, fije la Secretaría de Salud, f) los criterios interpretativos de la *lex artis* médica emitidos por la Comisión nacional de Arbitraje Médico, g) la Farmacopea de los Estados Unidos

Mexicanos (que resulta obligatoria en términos de los artículos 224 y 258 de la Ley General de Salud), h) los diccionarios de especialidades farmacéuticas debidamente autorizados por la Secretaría de Salud y finalmente, i) los criterios emitidos por comisiones ad hoc autorizados por la Secretaría de Salud". En el caso concreto de nuestro país aún es poca la investigación a gran escala que se realiza particularmente en la población mexicana y en ocasiones, los reportes de fuentes bibliohemerográficas consultadas son aplicables a personas de distintas nacionalidades, características físicas, psíquicas, farmacológicas etc., otro rubro más que debe ser tomado en cuenta. Simplemente, como médicos residentes o médicos especialistas, es una obligación saber que existen estos términos y que su finalidad es orientar en las formas de obtener un diagnóstico, tratamiento y en su caso, rehabilitación correctos; más que obtener un modo de defensa que ayude a deslindarse de cualquier queja, sin embargo, como en toda actividad humana, el error estará presente. El objetivo principal es normar la forma en la que se otorga la atención médica sin olvidar que, como se ha estudiado extensamente y como se concluye en el artículo anteriormente referido, al analizar un caso por posible malpraxis primero se debe observar si el mismo se ajusta al método clínico, a lo que se debe realizar según la actividad médica; más no abordarlo desde un inicio como un hecho ilícito.

Específicamente en el artículo 71 de la Ley Reglamentaria relativa al Ejercicio de las Profesiones en el Distrito Federal (D. F.) está escrito: Los profesionistas serán civilmente responsables de las contravenciones que comentan en el desempeño de trabajos profesionales, los auxiliares o empleados que estén bajo su inmediata dependencia y dirección, siempre que no hubieran dado las instrucciones adecuadas o sus instrucciones hubieren sido la causa del daño.¹²

Citando la NOM- 090 una de las obligaciones del residente es cumplir debidamente las órdenes de las personas designadas para impartir el adiestramiento o para dirigir el desarrollo de las actividades inherentes a la residencia, informar a su superior inmediato el resultado de acciones médicas que estén a su cargo y en correspondencia con las responsabilidades del grado académico que curse, participar en el estudio y tratamiento de los pacientes que se le encomienden, siempre sujetos a las indicaciones y supervisión de los médicos adscritos a la unidad médica receptora de residentes. Es un tema complejo, pero de acuerdo a distintos autores el médico en entrenamiento está siendo empleado por la institución de salud que, como se mencionó, le otorga una remuneración al patrocinar su programa de adiestramiento pero, previo a esto debe tener la licencia para el ejercicio de la medicina, lo que implica que puede y deberá enfrentar cualquier riesgo de malpraxis.

13

La malpraxis o mala práctica es el desarrollo incorrecto del proceso de atención como consecuencia de deficiencias en la competencia profesional del personal de salud,¹⁴ por lo que el residente debe estar adecuadamente capacitado y reconocer que fundamentar sus conocimientos en la información actualizada siempre será imprescindible, no necesariamente para hacer frente a un caso médico legal sino para evitar que el mismo ocurra.

Es vital apreciar la importancia de conceptos médico legales básicos, entre ellos el Derecho a la protección de la Salud, el cual de acuerdo a la Ley General de Salud y el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos^{15 16} tiene, entre otras, las siguientes finalidades: el bienestar físico y mental del hombre, prolongación de la calidad de la vida humana, la protección y acrecentamiento de los valores que coadyuvan a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social; la extensión de actitudes solidarias y

responsables de la población en la preservación, conservación mejoramiento y restauración de la salud; disfrute de servicios de salud y asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población y el desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud. Por consiguiente destaca, en relación a lo anterior, el término la responsabilidad¹⁷ definido como “deuda, obligación de reparar y satisfacer, por sí o por otra persona, a consecuencia de un delito, de una culpa o de otra causa legal” o; “capacidad existente en todo sujeto activo de derecho para reconocer y aceptar las consecuencias de un hecho realizado libremente”. “Doctrinalmente se ha clasificado a la figura jurídica de responsabilidad como el género, a la responsabilidad profesional como la especie y a la responsabilidad profesional del médico como una subespecie; entonces, la responsabilidad profesional médica es la obligación que tienen los médicos de reparar y satisfacer las consecuencias de sus actos, omisiones y errores voluntarios e involuntarios incluso, dentro de ciertos límites, cometidos en el ejercicio de su profesión”.¹⁸ Lo cual es aplicable a los términos de la atención médica y da espacio a la conceptualización del error médico como la conducta clínica equivocada en la práctica médica, como consecuencia de la decisión de aplicar un criterio incorrecto.¹⁹ Ante la CONAMED existen dos tipos de error: el activo, asociado directamente al médico y de consecuencias inmediatas y; el latente fuera del proceder profesional y referido a la estructura, los procesos, el mantenimiento del equipo e incluso la capacitación del personal. El error activo se puede atribuir a impericia y negligencia, además del dolo, aunque como se menciona el médico nunca tiene por objeto ocasionar daño, aunque no se puede afirmar lo mismo cuando se niega a prestar atención médica en caso de urgencia.²⁰

En este aspecto en el artículo 33 de la Ley relativa al Ejercicio de las Profesiones en el D. F. se dice: “el profesionista está obligado a poner todos sus conocimientos

científicos y recursos técnicos al servicio de su cliente, así como al desempeño del trabajo convenido. En caso de urgencia inaplazable los servicios que se requieran del profesionalista se prestarán a cualquier hora y en el sitio en que sean requeridos, siempre que este último no exceda de veinticinco kilómetros de distancia del domicilio del profesionalista”, ¿es aplicable a la atención médica?, de ser así, probablemente lo mejor es orientar al paciente para que acuda a alguna unidad hospitalaria o médico cercano y, de cualquier forma documentar que se efectuó esa acción.

En el artículo 2615 del Código Civil para el D. F. ²¹ está escrito: “quien preste servicios profesionales sólo es responsable hacia las personas a quienes sirve por negligencia, impericia o dolo, sin perjuicio de las penas que merezca en caso de delito”. Negligencia es el incumplimiento de un deber u obligación, y se caracteriza por la omisión de algo que una persona razonable normalmente haría de acuerdo a la conducta humana; o bien, realizar cualquier cosa que alguien prudente y razonable no haría. Los componentes esenciales de la negligencia son tres: el deber, incumplimiento del mismo y el daño resultante. ²² Impericia es la falta de conocimientos técnicos, básicos e indispensables que se deben tener obligatoriamente. Pericia es lo que obligatoriamente debemos tener de acuerdo con el grado profesional y/o académico. ^{23 24} Un término que también destaca es el hecho súbito que ocasiona daños a la salud y que se produce por la concurrencia de condiciones potencialmente prevenibles, esto es accidente, conceptualizado en la Ley General de Salud. En el ámbito penal, que ha logrado limitarse mediante el arbitraje médico realizado por la CONAMED, existen diversos conceptos igualmente aplicables a la labor médica, aunque el apartado de responsabilidad profesional al igual que otras leyes no contempla al médico residente directamente. Los siguientes términos se describen en distintos artículos del Código Penal para el D. F. (CPDF) y

el Código Penal Federal (CPF): El delito es el acto u omisión que sancionan las leyes penales (Artículo 7º CPF).²⁵ En los delitos de resultado material también será atribuible el resultado típico producido por el que omite impedirlo, si éste tenía el deber jurídico de evitarlo. En estos casos se considerará que el resultado es consecuencia de una conducta omisiva, cuando se determine que el que omite impedirlo tenía el deber de actuar para ello, derivado de una ley, de un contrato o de su propio actuar precedente. Las acciones u omisiones delictivas solo pueden realizarse dolosa o culposamente (Artículo 8º CPF). Obra dolosamente el que, conociendo los elementos del tipo penal, o previendo como posible el resultado típico quiere o acepta la realización de un hecho descrito por la ley y; obra culposamente el que produce el resultado típico que no previó siendo previsible o previó confiando en que no se produciría, en virtud de la violación a un deber de cuidado, que debía y podía observar según las circunstancias y condiciones personales (Artículo 9º CPF). Por abandono, negación y práctica indebida del servicio médico²⁶ se entiende que estando en presencia de un lesionado o habiendo sido requerido para atender a éste, el médico no lo atiende o no solicita auxilio a la institución adecuada o; se niegue a prestar asistencia a un enfermo cuando éste corra peligro de muerte o de una enfermedad o daño más grave y, por las circunstancias del caso, no pueda recurrir a otro médico ni a un servicio de salud (Artículo 324 CPDF). El artículo 325 del CPDF también cataloga en este rubro al médico que habiéndose hecho cargo de la atención 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.

La práctica indebida del servicio médico (Artículo 326 CPDF) se refiere a quien realice una operación quirúrgica innecesaria, simule la práctica de una intervención quirúrgica o; a quien sin autorización del paciente o de la persona que ante la

imposibilidad o incapacidad de aquél pueda legítimamente otorgarla, salvo en casos de urgencia, realice una operación quirúrgica que por naturaleza ponga en peligro la vida del enfermo o cause la pérdida de un miembro o afecte la integridad de una función vital. Por último, la usurpación de profesión (Artículo 323 CPDF) es cuando alguien se atribuye públicamente el carácter de profesionista sin tener título profesional, u ofrezca o desempeñe públicamente sus servicios, sin tener autorización para ejercerla en términos de la legislación aplicable. Se debe inferir entonces que ante las leyes mexicanas el médico tiene responsabilidad civil, penal y administrativa; esta última depende del contrato de trabajo con alguna institución de salud y, por consiguiente, se está sujeto a su normatividad, lo cual torna más complicado un caso médico-legal.

Finalmente, desde el punto de vista legal, son diversas las instancias que norman la actividad profesional médica y educativa de los recursos humanos para la salud. Ramírez et. al.²⁷ comenta que en “ninguno de estos textos (Código Penal y Ley General de Salud) se ha considerado hasta el momento y de manera específica los riesgos legales del personal de salud en entrenamiento”. Destaca una coincidencia al expresar que no existe diferencia sobre el riesgo de implicaciones legales según los conocimientos adquiridos. Basándose en todo lo ya comentado, la práctica médica es una actividad de riesgo para los pacientes y, en el caso del médico en formación, se le coloca en una situación desfavorable desde cierto punto. En conclusión, debemos recordar que “hay algunos pacientes a los que no podemos ayudar, pero ninguno al que no podamos dañar y sobre todo si no se usa evidencia científica”.²⁸

Material y Método

Se realizó un estudio transversal, descriptivo y prospectivo tipo cuestionario con muestreo no probabilístico; aplicando el mismo a médicos anestesiólogos de ambos sexos que asistieron al XXXIV Curso Anual de Actualización en Anestesiología y Medicina Perioperatoria del 4 al 7 de junio del 2008, así como a los residentes Anestesiología de primero y segundo año Anestesiología de la Secretaría de Salud del Distrito Federal con sede en el Hospital General de Ticomán en el mismo periodo. No se incluyeron los cuestionarios de los residentes de tercer año de Anestesiología por ser el grupo en el que se realizó la prueba piloto. Se eliminaron diez cuestionarios que no tenían los datos de la ficha de identificación completos así como 15 que no fueron contestados al cien por ciento o con más de una respuesta. El instrumento se integró en la parte de la ficha de identificación por edad, sexo y grado académico (médico anestesiólogo o residente de anestesiología) además, se incluyeron 20 preguntas con respuestas de opción múltiple por medio de las cuales se evaluó el conocimiento y la identificación de conceptos legales básicos aplicables a la atención médica extraídos de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Norma Oficial Mexicana 170 para la Práctica de la Anestesiología, Ley General de Salud, Código Civil y Código Penal para el Distrito Federal, entre ellos: derecho a la protección de la salud, atención médica, lex artis ad hoc médica, responsabilidad principal del anestesiólogo, etc. para los cuales de acuerdo a su identificación correcta se asignó el valor numérico 1 y si fue incorrecta 0. Se observaron los principios enunciados en la Declaración de Helsinki clasificándose como una investigación de riesgo mínimo.

El conocimiento de los conceptos mencionados se midió de acuerdo al número de aciertos contestados correctamente; se asignó a cada uno en las siguientes categorías: menos de 10 puntos conocimiento insatisfactorio, de 11 a 15 puntos conocimiento suficiente y de 16 a 20 conocimiento adecuado. El análisis estadístico se realizó con medidas de tendencia central (media, mediana, moda y desviación estándar) y la prueba X^2 para prueba de hipótesis con un nivel de significancia de 0.05. Lo antes mencionado se llevo a cabo con el paquete de trabajo epidemiológico EPI-INFO™ 6.04d.

Resultados

De los 84 cuestionarios recabados y contestados de forma completa 54 (64%) correspondieron a médicos anestesiólogos y 30 (36%) a médicos residentes; 44 de los 84 médicos se encontraban entre los 18-35 años de edad (53%), 38 entre los 36-59 años (45%) y 2 eran mayores de 60 años (2%).

Cuadro 1. Médicos Anestesiólogos y residentes de anestesiología que respondieron el cuestionario.

Población	Cuestionarios Contestados
Anestesiólogos	54 (64%)
Residentes de Anestesiología	30 (36%)
Total	84 (100%)

Cuadro 2. Distribución de frecuencias por edades de Médicos Anestesiólogos y Residentes de Anestesiología.

Edad	18-35 años	36-59 años	>60 años
Población Total: 84	44 (53%)	38 (45%)	2 (2%)

Específicamente en el grupo de médicos anestesiólogos 29 (54%) fueron de sexo femenino y 25 (46%) del sexo masculino; diez mujeres comprendieron edades entre 18-35 años, 18 entre los 36 y 59 años y solo 1 era mayor de 60

años. En cuanto al sexo masculino 5 se encontraban entre los 18-35 años, 19 entre los 36-59 y 1 era mayor de 60 años.

Cuadro 3. Distribución de frecuencias según edad y sexo de Médicos Anestesiólogos.

Sexo	18-35 años	36-59 años	> 60 años	Total
Masculino	5	19	1	25 (46%)
Femenino	10	16	1	29 (54%)

Los médicos residentes tuvieron la siguiente distribución: 13 (43%) correspondieron al sexo femenino y 17 (57%) al sexo masculino; por edades las 13 mujeres residentes de Anestesiología se encontraban entre los 18 a 35 años y, en cuanto al sexo masculino, 16 refirieron edades entre los 18-35 y solo uno entre los 36-59.

Cuadro 4. Distribución de frecuencias según edad y sexo de Residentes de Anestesiología.

Sexo	18-35 años	36-59 años	> 60 años	Total
Masculino	16	1	0	17 (57%)
Femenino	13	0	0	13 (43%)

Los resultados correspondientes al conocimiento de conceptos legales básicos aplicables a la atención médica se encuentran descritos en los siguientes cuadros según la frecuencia y porcentaje de anestesiólogos que identificaron correcta e incorrectamente cada uno de los conceptos.

Cuadro 5. Identificación de conceptos legales básicos aplicables a la atención médica (anestesiólogos).

Concepto Legal	Anestesiólogos	
	Correcto	Incorrecto
DPS	44 (82%)	10 (18%)
AM	39 (72%)	15 (28%)
LAAD	13 (24%)	41 (76%)
RA NOM 170	49 (91%)	5 (9%)
PARAC NOM 179	37 (69%)	17 (31%)

DPS: Derecho a la protección de la salud, AM: Atención Médica, LAAD: Lex artis ad hoc, RA: Responsabilidad del anestesiólogo según la NOM 170, PARAC: Procedimiento anestésico realizado por anestesiólogo calificado según la NOM 170.

Cuadro 6. Identificación de conceptos legales básicos aplicables a la atención médica (anestesiólogos).

Concepto Legal	Anestesiólogos	
	Correcto	Incorrecto
Accidente	24 (44%)	30 (56%)
Delito	7 (13%)	47 (87%)
RCPSP	21 (39%)	33 (61%)
RCPACML	25 (46%)	29 (54%)
Negligencia	27 (50%)	27 (50%)

RCPSP: Responsabilidad civil por servicio profesional, RCPACML: Responsabilidad civil, penal y administrativa en un caso médico-legal.

Cuadro 7. Identificación de conceptos legales básicos aplicables a la atención médica (anestesiólogos).

Concepto Legal	Anestesiólogos	
	Correcto	Incorrecto
Impericia	30 (56%)	24 (44%)
Malpraxis	26 (48%)	28 (52%)
Dolo	3 (6%)	51 (94%)
Culpa	11 (20%)	43 (80%)
OMOADC	5 (9%)	49 (91%)

OMOADC: Omisión o auxilio de cuidado.

Cuadro 8. Identificación de conceptos legales básicos aplicables a la atención médica (anestesiólogos).

Concepto Legal	Anestesiólogos	
	Correcto	Incorrecto
RCAP	28 (52%)	26 (48%)
PAQEU	40 (74%)	14 (26%)
PAMRSMA	24 (44%)	30 (56%)
UF	42 (78%)	12 (22%)
NOTAS NOM 170	54 (100%)	0

RCAP: Responsabilidad civil por auxiliares de profesionales, PAQEU: Procedimiento anestésico-quirúrgico en extrema urgencia, PAMRSMA: Procedimiento anestésico realizado por médico residente supervisado por anestesiólogo, UF: Usurpación de funciones, Notas preanestésica, transanestésica y postanestésica según la NOM 170.

Los resultados correspondientes al conocimiento de conceptos legales básicos aplicables a la atención médica de los residentes de anestesiología se encuentran en los siguientes cuadros según frecuencia y porcentaje de respuestas correctas e incorrectas.

Cuadro 9. Identificación de conceptos legales básicos aplicables a la atención médica (residentes de Anestesiología).

Concepto Legal	Residentes de Anestesiología	
	Correcto	Incorrecto
DPS	24 (80%)	6 (20%)
AM	23 (77%)	7 (23%)
LAAD	4 (13%)	26 (87%)
RA NOM 170	30 (100%)	0
PARAC NOM 179	24 (80%)	6 (20%)

DPS: Derecho a la protección de la salud, AM: Atención Médica, LAAD: Lex artis ad hoc, RA: Responsabilidad del anestesiólogo según la NOM 170, PARAC: Procedimiento anestésico realizado por anestesiólogo calificado según la NOM 170.

Cuadro 10. Identificación de conceptos legales básicos aplicables a la atención médica (residentes de Anestesiología).

Concepto Legal	Residentes de Anestesiología	
	Correcto	Incorrecto
Accidente	9 (30%)	21 (70%)
Delito	3 (10%)	27 (90%)
RCPSP	14 (47%)	16 (53%)
RCPACML	6 (20%)	24 (80%)
Negligencia	17 (57%)	13 (43%)

RCPSP: Responsabilidad civil por servicio profesional, RCPACML: Responsabilidad civil, penal y administrativa en un caso médico-legal.

Cuadro 11. Identificación de conceptos legales básicos aplicables a la atención médica (residentes de Anestesiología).

Concepto Legal	Residentes de Anestesiología	
	Correcto	Incorrecto
Impericia	18 (60%)	12 (40%)
Malpraxis	21 (70%)	9 (30%)
Dolo	14 (48%)	15 (52%)
Culpa	15 (50%)	15 (50%)
OMOADC	8 (27%)	22 (73%)

OMOADC: Omisión o auxilio de cuidado

Cuadro 12. Identificación de conceptos legales básicos aplicables a la atención médica (residentes de Anestesiología).

Concepto Legal	Residentes de Anestesiología	
	Correcto	Incorrecto
RCAP	7 (23%)	23 (77%)
PAQEU	14 (47%)	16 (53%)
PAMRSMA	17 (57%)	13 (43%)
UF	30 (100%)	0
NOTAS NOM 170	30 (100%)	0

RCAP: Responsabilidad civil por auxiliares de profesionales, PAQEU: Procedimiento anestésico-quirúrgico en extrema urgencia, PAMRSMA: Procedimiento anestésico realizado por médico residente supervisado por anestesiólogo, UF: Usurpación de funciones, Notas preanestésica, transanestésica y postanestésica según la NOM 170.

Se compararon las frecuencias y porcentajes de conceptos identificados entre Anestesiólogos y residentes de Anestesiología encontrándose los siguientes datos:

Cuadro 13. Identificación de conceptos legales básicos aplicables a la atención médica (Anestesiólogos - residentes de Anestesiología).

Concepto Legal	Anestesiólogo	R. Anestesiología	Anestesiólogo	R. Anestesiología
	Correcto	Correcto	Incorrecto	Incorrecto
DPS	44 (82%)	24 (80%)	10 (18%)	6 (20%)
AM	39 (72%)	23 (77%)	15 (28%)	7 (23%)
LAAD	13 (24%)	4 (13%)	41 (76%)	26 (87%)
RA NOM 170	49 (91%)	30 (100%)	5 (9%)	0
PARAC NOM 179	37 (69%)	24 (80%)	17 (31%)	6 (20%)

DPS: Derecho a la protección de la salud, AM: Atención Médica, LAAD: Lex artis ad hoc, RA: Responsabilidad del anestesiólogo según la NOM 170, PARAC: Procedimiento anestésico realizado por anestesiólogo calificado según la NOM 170.

Cuadro 14. Identificación de conceptos legales básicos aplicables a la atención médica (Anestesiólogos - residentes de Anestesiología).

Concepto Legal	Anestesiólogo	R. Anestesiología	Anestesiólogo	R. Anestesiología
	Correcto	Correcto	Incorrecto	Incorrecto
Accidente	24 (44%)	9 (30%)	30 (56%)	21 (70%)
Delito	7 (13%)	3 (10%)	47 (87%)	27 (90%)
RCPSP	21 (39%)	14 (47%)	33 (61%)	16 (53%)
RCPACML	25 (46%)	6 (20%)	29 (54%)	24 (80%)
Negligencia	27 (50%)	17 (57%)	27 (50%)	13 (43%)

RCPSP: Responsabilidad civil por servicio profesional, RCPACML: Responsabilidad civil, penal y administrativa en un caso médico-legal.

Cuadro 15. Identificación de conceptos legales básicos aplicables a la atención médica (Anestesiólogos - residentes de Anestesiología).

Concepto Legal	Anestesiólogo	R. Anestesiología	Anestesiólogo	R. Anestesiología
	Correcto	Correcto	Incorrecto	Incorrecto
Impericia	30 (56%)	18 (60%)	24 (44%)	12 (40%)
Malpraxis	26 (48%)	21 (70%)	28 (52%)	9 (30%)
Dolo	3 (6%)	14 (48%)	51 (94%)	15 (52%)
Culpa	11 (20%)	15 (50%)	43 (80%)	15 (50%)
OMOADC	5 (9%)	8 (27%)	49 (91%)	22 (73%)

OMOADC: Omisión o auxilio de cuidado

Cuadro 16. Identificación de conceptos legales básicos aplicables a la atención médica (Anestesiólogos - residentes de Anestesiología).

Concepto Legal	Anestesiólogo	R. Anestesiología	Anestesiólogo	R. Anestesiología
	Correcto	Correcto	Incorrecto	Incorrecto
RCAP	28 (52%)	7 (23%)	26 (48%)	23 (77%)
PAQEU	40 (74%)	14 (47%)	14 (26%)	16 (53%)
PAMRSMA	24 (44%)	17 (57%)	30 (56%)	13 (43%)
UF	42 (78%)	30 (100%)	12 (22%)	0
NOTAS NOM 170	54 (100%)	30 (100%)	0	0

RCAP: Responsabilidad civil por auxiliares de profesionales, PAQEU: Procedimiento anestésico-quirúrgico en extrema urgencia, PAMRSMA: Procedimiento anestésico realizado por médico residente supervisado por anestesiólogo, UF: Usurpación de funciones, Notas preanestésica, transanestésica y postanestésica según la NOM 170.

Análisis de Resultados

De los 84 participantes que respondieron al cuestionario 64% fueron anestesiólogos y 36% residentes de anestesiología; 50% ciento de la población total fue de sexo femenino; 50% de los anestesiólogos y residentes refirieron edades por debajo de los 34 años; con edad mínima de 25 y máxima de 67, siendo 29 años la edad más frecuente. La edad promedio fue 38 años, desviación estándar de 10.7 unidades de la escala. Identificando que la mayor parte de la población se integró por adultos jóvenes.

Los 54 anestesiólogos se distribuyeron de la siguiente forma: 54% correspondió al sexo femenino y 46% al sexo masculino; 50% se ubicó en edades por debajo de los 42 años de edad; la edad mínima fue 29 y la máxima 67. En promedio tenían 43 años de edad con desviación estándar de 9.7 unidades de la escala; destacando que este grupo se integró principalmente de adultos

Los médicos residentes en el 43% correspondieron al sexo femenino y 57% al sexo masculino, 50% se hallaba por debajo de los 28 años, con edad mínima de 25 y máxima de 38 años. La edad promedio fue 29 años con una desviación estándar de 2.6 unidades. Este es el grupo que se integró en su mayoría de adultos jóvenes.

Comparando las respuestas de Anestesiólogos y residentes según el concepto interrogado, ambos identificaron de forma satisfactoria el derecho a la protección de la salud (81% y 80% respectivamente). En referencia a la atención médica el comportamiento fue similar: 73% de los anestesiólogos lo identificó correctamente en comparación con el 77% de los residentes. A pesar de los porcentajes referidos, el resto de ambos grupos que desconocieron dicho término es considerable.

La lex artis ad hoc fue difícil de reconocer, sólo el 24% de los anesthesiólogos contestó correctamente, en contraparte, sólo el 13% de los residentes lo igualó. A pesar del valor de dicha idea, probablemente estas cifras sean el resultado de falta de difusión de la misma.

De los conceptos sustraídos de la Norma Oficial Mexicana 170 para la Práctica de la Anestesiología, el referente a la responsabilidad principal del anesthesiólogo, fue identificado correctamente por el 91% de los anesthesiólogos y el 100% de los residentes. El 60% de los anesthesiólogos y el 80% de los residentes supieron que el médico anesthesiólogo calificado es el único que puede realizar un procedimiento anestésico y su excepción. El 74% de los anesthesiólogos identificó la conducta a seguir en caso de urgencia extrema cuando se carece de todo el material necesario a diferencia del 47% de los residentes. Sólo el 44% de los anesthesiólogos y el 57% de los residentes identificaron correctamente que estos últimos siempre deben ser supervisados en cualquier procedimiento anestésico por el mismo anesthesiólogo. Ambos grupos supieron en un 100% que el expediente debe contener las notas preanestésica, transanestésica y postanestésica según la misma Norma Oficial Mexicana 170.

De forma global ambos grupos tuvieron conocimiento suficiente de estos términos especificados en dicha norma oficial, aunque destaca el bajo porcentaje referente a la supervisión del residente por el anesthesiólogo en ambos conjuntos.

En cuanto a la responsabilidad médica de acuerdo al marco jurídico en México, el 47% de los anesthesiólogos supo que es de tipo civil, penal y administrativa, a diferencia del 20% de los residentes. El 40% de anesthesiólogos reconoció que la responsabilidad civil es por negligencia, impericia o dolo comparado con el 47% de los residentes. El 50% de los anesthesiólogos supo qué es negligencia, 56% impericia

y 6% dolo; por otra parte, los residentes identificaron los mismos conceptos correctamente en 57%, 60% y 48% respectivamente. En mención de la responsabilidad civil por auxiliares el 53% de los anesthesiologos lo identificó correctamente con una diferencia considerable del 23% en el grupo de residentes. Ambos conjuntos presentaron deficiencias importantes en esta área de conocimiento, la más importante, la referente a la responsabilidad civil mutua, en el caso de los residentes como auxiliares del anesthesiologo.

En el campo penal los terminos delito, culpa, omisión o auxilio de cuidado y usurpación de funciones fueron identificados adecuadamente por los anesthesiologos en 13%, 20%, 5% y 78% respectivamente; en contraste los residentes respondieron adecuadamente en 10%, 50%, 27% y 100%.

En último lugar el concepto de malpraxis se reconoció cabalmente por el 48% de anesthesiologos y 70% de los residentes; accidente en 44% y 30% respectivamente. Ambos grupos presentan conocimiento no satisfactorio en este rubro, lo redimible es que en los dos casos está muy presente el concepto de usurpación de funciones, algo imprescindible de percibir desde la etapa formativa.

La evaluación del conocimiento de los conceptos legales básicos de los 84 participantes fue la siguiente: 50% obtuvo más de 10 aciertos, con mínimo de 3 y un máximo de 18. En promedio el número de aciertos fue 10, desviación estándar de 2.5 unidades. La calificación obtenida con mayor frecuencia fue 5.0, promedio 5.2; 50% obtuvo calificaciones por debajo de la misma cifra. De acuerdo a la escala, en general, solo el 5% tuvo conocimiento adecuado de los conceptos legales interrogados, 62% suficiente y 33% no satisfactorio.

Los 54 anestesiólogos identificaron correctamente, en promedio, 10 conceptos; 50% de los mismos reconocieron más de 10, mínimo 3 y máximo 15, con una desviación estándar de 2.3 respecto a 10. La calificación obtenida con mayor frecuencia fue 5.0, encontrándose 50% por debajo de la misma. La calificación promedio fue 5.0, desviación estándar de 1.14. En conclusión el 2% tuvo conocimiento adecuado, 34% suficiente y 19% no satisfactorio.

Por otra parte, los 30 residentes de Anestesiología reconocieron en promedio 11 conceptos; 50% de ellos identificaron más de 11 conceptos, mínimo 3 y máximo 18. Asimismo presentaron una desviación estándar de 2.9 respecto a 11. La calificación lograda con mayor frecuencia fue 6.0, ubicando al cincuenta por ciento por arriba y al otro cincuenta por ciento por debajo de 5.5, siendo dicha cifra el promedio, con una desviación estándar de 1.4. En este grupo se observó que el 10% tiene adecuado conocimiento de los conceptos legales básicos interrogados, 60% suficiente y 30% no satisfactorio.

En definitiva, ambos conjuntos tienen conocimiento poco satisfactorio de estos conceptos. Según la X^2 obtenida= 2.87 con $gl= 2$ para un nivel de significancia de 0.05, se rechaza la hipótesis al necesitarse un valor mínimo de 5.991. Concluyendo entonces, anestesiólogos y residentes tienen el mismo nivel de conocimientos que, sin lugar a dudas es bajo.

Discusión

Es evidente que la variación en el nivel de conocimiento no es considerable según el análisis estadístico, aunque la evaluación particularizada de los resultados por concepto, despiden diferencias difíciles de ignorar.

Ambos conjuntos identificaron de forma satisfactoria partes esenciales de la Norma Oficial Mexicana para la práctica de la Anestesiología, aunque en referencia a la poca comprensión acerca que el médico residente siempre debe contar con la supervisión del médico adscrito, se puede intuir que más que ignorarlo, ambos tienen dificultades para comprender su interdependencia fundamentada en las leyes; situación delicada ya que algunos médicos anesthesiólogos y pocos residentes afirmaron que estos últimos deben realizar cualquier procedimiento anestésico en caso de urgencia extrema en asociación a su grado académico, aún sin contar con médico adscrito, lo que ante alguna fuente de malpraxis o algún otro tipo de queja, podría ser considerado como usurpación de funciones.

Se trata de casos que pueden presentarse constantemente y a pesar de ello no existen leyes que puedan deslindar de responsabilidad al médico residente, sin embargo, de forma tajante, no cuenta con título ni cédula de especialista, por lo que, hasta el momento, la interpretación de la ley es clara: no puede otorgar procedimientos anestésicos sin la supervisión en todo momento del médico anesthesiólogo.

En el estudio de López et. al ⁱ sobre el conocimiento de la responsabilidad profesional en la práctica médica realizado en 200 médicos ortopedistas del Instituto Mexicano del Seguro Social se revisó que el apartado del marco jurídico sobre el que ellos trabajaron fue en el que hubo más deficiencias de conocimiento; lo cual

coincide con el presente estudio, aunque no se trató de los mismos conceptos. Una diferencia importante y, tal vez, una de las fallas de esta investigación, es que en dicho reporte se abordó en forma conjunta distintos conceptos sobre responsabilidad profesional, entre ellos el reconocer los derechos del médico y paciente. Los autores concluyeron que el conocimiento que tenía el médico ortopedista, en ese entonces era deficiente.

Sánchez et. al.ⁱⁱ en 2007 realizó un estudio sobre los conocimientos sobre ética, normativa y comunicación en los aspirantes a residencia médicas, recabando un total de 18,222 encuestas, dentro de las cuales se evidenció que en el módulo de normativa solo 6.7% de los encuestados identificó correctamente todas las leyes, códigos, reglamentos y normas que intervienen en la regulación del ejercicio de la medicina en México. Un porcentaje similar conocía las obligaciones del profesional médico y 5.3% identificaba el concepto de mala práctica médica. En conjunto, apenas 0.1% logró integrar correctamente estos conceptos, resultando el más bajo de todos los módulos.

Los anestesiólogos y residentes que contestaron el cuestionario correspondiente a este estudio no difieren en mucho a las investigaciones comentadas previamente. Lo más importante es reconocer que el tratar de evaluar el conocimiento no es sencillo y que para observar resultados que sean aplicables se debe correlacionar los términos legales con la práctica médica diaria. Al igual que los médicos ortopedistas, los residentes y anestesiólogos interrogados coincidieron en la necesidad y sobre todo, en el interés que tienen por profundizar en esta área de la medicina.

Conclusiones

La necesidad de entender que la Anestesiología cada día es una especialidad más demandada por médicos residentes debe favorecer el replanteamiento de su enseñanza, es decir, que anesthesiólogos y residentes comprendan que la delicada actividad profesional que realizan tiene fundamentos legales. Su trabajo siempre será conjunto y los conocimientos que puedan aportarse entre sí siempre serán en beneficio del paciente. No se trata de deslindar responsabilidades ni de permitir el avance de la medicina defensiva, se busca difundir el concepto de Lex artis ad hoc médica para que la atención médica siempre se fundamente en el conocimiento y la actualización en beneficio de médico y paciente.

BIBLIOGRAFÍA

- ¹ Carbonell M. Ley General de Salud y disposiciones complementarias. Porrúa 2ª Edición actualizada. México 2007. última reforma publicada DOF 30-05-2008.
- ² Información básica sobre recursos del Sistema Nacional de Salud 2002. Salud Pub Mex 2003; 45 (5): 396-407.
- ³ Información Estadística Institucional 2007. Información Estadística de los casos recibidos y atendidos por la CONAMED (en línea). Disponible en: www.conamed.gob.mx/index.php
- ⁴ Rivera Flores J. Implicaciones medico-legales en la residencia médica. Rev Mex Anesthesiol 2005; 28 (Supl.1): S181-S183.
- ⁵ Hernández V. N. *Médicos Anestesiólogos: 20 recomendaciones para evitar acciones penales*. Rev Venez Anesthesiol 2001; 6 (2): 111-123.
- ⁶ Giménez Candela T. *Lex Artis y responsabilidad médico sanitaria: una perspectiva actualizada*. Rev Der Pat, 2006; 17: 67-77.
- ⁷ Casa Madrid Mata O. El derecho sanitario, la lex artis médica y la pericia médico forense. Rev CONAMED 2004; 9 (4): 3-4.
- ⁸ Régimen Jurídico del Acto Médico (en línea). Disponible en: www.conamed.gob.mx/index.php
- ⁹ Rodríguez Almada J. *Los aspectos críticos de la responsabilidad médica y su prevención*. Rev Med Uruguay 2001; 17:17-23
- ¹⁰ Reglamento de Procedimientos para la Atención de Quejas Médicas y gestión pericial de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Diario Oficial de la Federación última reforma 2005/07/25.
- ¹¹ Casa Madrid Mata, O. Algunos problemas metodológicos en el análisis de casos de mal praxis. Rev CONAMED 2004; 9(4):5-16.
- ¹² Ley Reglamentaria del Artículo 5º Constitucional relativo al Ejercicio de las Profesiones en el Distrito Federal. Última reforma publicada DOF 1993/12/22.
- ¹³ Kachalia A., Studder D. Professional Liability Issues in Graduate Medical Education. JAMA 2004; 292(9): 1051-1056.
- ¹⁴ Fajardo Dolci G. Calidad de la Atención Médica, evento adverso, error médico y autocuidado de la seguridad del paciente. Rev CONAMED 2008; 13: 3-5.
- ¹⁵ García Ramírez S. La responsabilidad penal del médico. Editorial Porrúa, México, 2001: 49-53.
- ¹⁶ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Editorial Porrúa, México, 2001.
- ¹⁷ Diccionario de la Lengua Española. 22ª Edición, España 2001.
- ¹⁸ La responsabilidad profesional de los prestadores del servicio médico (en línea). Disponible en: <http://www2.scjn.gob.mx/Ministros/oscgv/Public/LA%20RESPONSABILIDAD%20PROFESIONAL%20DE%20LOS%20PRESTADORES%20DEL...>
- ¹⁹ Aguirre Gas H. El error médico. Eventos adversos. Cir Ciruj 2006; 74: 495-503.
- ²⁰ Tena Tamayo C. et. al. La práctica de la medicina y la responsabilidad médica. Rev Med IMSS 2003; 41(5): 407- 413.
- ²¹ Código Civil para el D. F. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 14 de agosto de 1931. Última reforma publicada en DOF 8-02-2006.
- ²² Garji J, Bhullar D. S. *Medical Negligence-Majesty of Law-Doctors*. JIAFM 2005; 27(3): 195-200.
- ²³ Régimen Jurídico del Acto Médico (en línea). Disponible en: www.conamed.gob.mx/index.php
- ²⁴ Ramírez Ramírez A. Derechos Humanos y Servicios de Atención Médica. Rev CONAMED 2005; 10(2): 14-19.

²⁵ Código Penal Federal. Agenda Penal del D. F. Ediciones Fiscales ISEF. 22ª edición, enero 2008.

²⁶ Código Penal para el D. F. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 14 de agosto de 1931. Actualización hasta el 2 de enero 2008. Agenda Penal del D.F. Ediciones Fiscales ISEF. 22ª edición, enero 2008.

²⁷ Ramírez Solís M. y Rodríguez Suárez J. La enseñanza médica como medida educativa para disminuir el riesgo y costo de error médico. Rev CONAMED 2007; 12 (4): 4-8.

²⁸ Saturno P. Seguridad del paciente: Enfoques y métodos para su control y mejora. Rev CONAMED 2005; 11(4): 24-27.

²⁹ López Almejo L. et. al. Conocimiento de la responsabilidad profesional en la práctica médica. Act Ortoped Mex 2006; 20 (3): 132-138.

³⁰ Sánchez González J. M. Estudio exploratorio de los conocimientos sobre ética, normativa y comunicación en los aspirantes a residencias médicas. Cir Ciruj 2007; 75: 191-200.

