



**Universidad Nacional Autónoma de México**  
**Programa de Posgrado en Ciencias de la Administración**

# **T e s i s**

**Controversias en la prestación de servicios en las  
organizaciones de salud. Propuesta de mecanismos  
normativos (NOM) para su solución**

**Que para obtener el grado de:**

**Doctor en Ciencias de la  
Administración**

**Presenta: Mtra. María del Carmen Dubón Peniche**

**Tutor: Dr. José Ramón Torres Solís**

**Asesor: Dr. Jorge Ruiz de Esparza García**

**México, D.F.**

**2008**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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



**Universidad Nacional Autónoma de México**

**Programa de Posgrado en Ciencias de la Administración**

**Facultad de Contaduría y Administración**

**Facultad de Química**

**Instituto de Investigaciones Sociales**

**Instituto de Investigaciones Jurídicas**

# **T e s i s**

**Controversias en la prestación de servicios en las organizaciones de salud. Propuesta de mecanismos normativos (NOM) para su solución**

**Que para obtener el grado de:**

**Doctor en Ciencias de la  
Administración**

**Presenta: Mtra. María del Carmen Dubón Peniche**

**Tutor: Dr. José Ramón Torres Solís**

**Asesor: Dr. Jorge Ruiz de Esparza García**

**México, D.F.**

**2008**

# Índice

## Introducción.

### Capítulo 1. Sistemas y Servicios de Salud.

1.1	Sistema Nacional de Salud .....	6
1.2	Prestación de Servicios de Salud.....	12
1.3	Factores que intervienen en las Organizaciones de Salud .....	15
	Personal de Salud .....	15
	Disciplinas que participan en las Organizaciones de Salud.....	17
	Capacitación.....	19
	Expediente Clínico .....	23
	Función Gerencial y Administración de Recursos.....	29

### Capítulo 2. La Calidad del Servicio en las Organizaciones de Salud.

2.1	La Calidad en las Organizaciones de Salud .....	33
2.2	Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud .....	37
2.3	Relación Médico-Paciente.....	40
2.4	Deberes y Obligaciones del Paciente y del Personal de Salud .....	43

### Capítulo 3. Controversias en la Prestación de Servicios de Salud.

3.1	Las Autoridades de Procuración e Impartición de Justicia.....	53
	Tribunales.....	53
	Ministerio Público .....	55
	Secretaría de la Función Pública .....	57
3.2	Medios Alternativos para la Resolución de Controversias .....	62
	Conciliación .....	65
	Mediación y Amigable Composición .....	68
	Arbitraje .....	69
3.3	Bioética y Deontología .....	72
3.4	Legitimación del Acto Biomédico .....	78
3.5	Responsabilidad Profesional.....	87
	Aspectos Civiles .....	88
	Responsabilidad Civil Contractual y Extracontractual.....	89
	Responsabilidad Objetiva.....	92
	Aspectos Penales.....	94

Daño.....	97
Reparación del Daño ocasionado por Mala Práctica .....	98
Daño Patrimonial.....	100
Daño Físico .....	101
Daño Moral.....	102
3.6 Mala Práctica.....	103
Negligencia.....	105
Impericia.....	106
Dolo .....	106

#### **Capítulo 4. Comisión Nacional de Arbitraje Médico.**

4.1 Comisión Nacional de Arbitraje Médico .....	108
Modelo Mexicano de Arbitraje.....	117
4.2 Metodología para Análisis de Casos en CONAMED .....	120
4.3 Experiencia Internacional en la Resolución de Controversias .....	128
Colombia .....	128
Perú.....	134
Argentina .....	136
España .....	138

#### **Capítulo 5. Disposiciones Legales en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.**

5.1 Ley General de Salud.....	140
Reglamentos de la Ley General de Salud .....	141
Acuerdos del Consejo de Salubridad General de la República .....	142
Normas Oficiales Mexicanas .....	143
Decretos Emitidos por el Ejecutivo Federal .....	145
Acuerdos de la Secretaría de Salud .....	145
5.2 Aspectos Civiles .....	146
Código Civil Federal.....	146
Código de Procedimientos Civiles para el Distrito Federal .....	147
5.3 Aspectos Penales.....	148
Ley General de Salud .....	148
Código Penal para el Distrito Federal .....	149
Código de Procedimientos Penales.....	151

	Ley Reglamentaria del Artículo 5° Constitucional.....	152
5.4	Aspectos Administrativos .....	152
	Legislación de la Administración Pública Federal.....	153
	Ley del IMSS.....	153
	Ley del ISSSTE.....	154
	Ley de los Institutos Nacionales de Salud .....	155

### **Capítulo 6. Normas Oficiales Mexicanas.**

6.1	Naturaleza Jurídica de las Normas Oficiales Mexicanas .....	157
6.2	Elementos Distintivos .....	160
6.3	Principios que rigen su Emisión .....	161
6.4	Integración del Cuerpo Normativo.....	164

### **Capítulo 7. Metodología.**

7.1	Planteamiento del Problema .....	167
7.2	Justificación.....	168
7.3	Preguntas de Investigación .....	169
7.4	Objetivos de la Investigación.....	170
7.5	Hipótesis.....	170
7.6	Unidades de Análisis.....	171
7.7	Universo de Estudio .....	172
7.8	Muestra .....	172
7.9	Guía de Análisis Documental .....	173
7.10	Tipo de investigación.....	175

### **Capítulo 8. Resultados.- Análisis y Discusión .....**

### **Capítulo 9. Propuesta.**

	Norma Oficial Mexicana del Consentimiento Bajo Información .....	214
--	--	-----

### **Conclusiones.....**

### **Recomendaciones .....**

### **Referencias Bibliográficas .....**

### **Anexo**

## **Introducción**

La prestación de servicios de salud, se realiza con el propósito de beneficiar a los pacientes; en ese sentido, la combinación compleja de procesos, tecnologías e interacciones humanas que conforman las organizaciones de salud, aportan beneficios importantes; sin embargo, también existe riesgo de que ocurran eventos adversos.

La seguridad, es un principio fundamental de la atención al paciente y un componente crítico en el funcionamiento de los sistemas de salud, el cual abarca casi todas las disciplinas y los participantes en la prestación de servicios de salud y, por tanto, mejorarla requiere un enfoque multifacético para identificar los riesgos reales y potenciales, así como para encontrar propuestas de solución, pues pese al creciente interés por la seguridad del paciente, es evidente la falta de sensibilización respecto del problema de los eventos adversos.

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, consagra el derecho a la protección de la salud, como elemento necesario para el bienestar físico, psicológico y social, que propicie una vida plena; por ello en 1984, fue creado el Sistema Nacional de Salud (integrado por instituciones públicas, sociales y privadas), como solución organizacional para otorgar a la Secretaría de Salud, la responsabilidad del diseño y coordinación de la política nacional en la materia, en razón a la necesidad de superar las diferencias entre los servicios ofrecidos por instituciones de seguridad social y los organismos que otorgaban servicios a población no derechohabiente (población abierta); reforzar la capacidad operativa y de gestión de los Servicios de Salud en los gobiernos de los Estados y vincular la planeación de los servicios de salud con la planeación global de la nación.

La prestación de servicios de salud, comprende todas las 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. Para su operación, existen servicios de atención médica, de salud pública y de asistencia social. Ahora bien,

para evaluar la prestación de servicios de atención médica, debe tenerse en cuenta lo establecido por la *lex artis* médica, así como la clasificación y escalonamiento de los servicios, conforme a las condiciones de modo, tiempo y lugar.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), refiere que los riesgos de los pacientes en los servicios de salud, se han convertido en un problema de salud pública mundial, pues en todos los niveles de atención, los pacientes sufren alguna forma de daño, producto de deficiencias que puede dar lugar a discapacidad grave y hasta la muerte.

En México, las instituciones prestadoras de servicios de salud atraviesan por una situación compleja, derivada de inconvenientes sociales y políticos, pues para el funcionamiento de las unidades, tanto públicas como privadas, existen dificultades, entre las que destacan aspectos de la administración y de la propia atención, además de los obstáculos naturales del manejo de enfermedades y del uso de la tecnología moderna, lo cual en conjunto, hace difícil su operación.

El principal objetivo de las unidades de prestación de servicios de atención médica, es brindar a los enfermos la atención en forma idónea, dentro de los límites del conocimiento médico actual y de los procedimientos convenientes para organizar efectivamente la actividad humana, pues su preocupación más importante es preservar la vida y la salud del paciente.

En razón a que los servicios de salud se brindan mediante equipos interdisciplinarios, el personal debe contar con la preparación suficiente y estar debidamente capacitado, pues la salud de la población está en sus manos. En efecto, los pacientes pueden sufrir graves daños a su salud, debido a deficiencias en el servicio, pues cuando el personal médico, administrativo u otros prestadores del servicio, incluyendo el personal directivo de las organizaciones de salud, no desempeña sus funciones atendiendo a su deber de cuidado, pueden generar alteraciones en la salud de los enfermos y ser considerados legalmente responsables, exigiéndoseles la reparación de daños y perjuicios, conforme al efecto

adverso que se hubiera generado (daño físico, daño moral, indemnización por muerte, sueldos perdidos, gastos médicos futuros, entre otros).

En este contexto, es indispensable mencionar, que el expediente clínico es el documento esencial para evaluar el acto médico, de manera particular, en casos médico-legales, en los cuales esta documental, tiene fuerte valor probatorio, pues en la mayoría de las ocasiones, determina las decisiones de quien tiene a su cargo la resolución del conflicto.

El expediente clínico, es el documento que cristaliza el acto médico y refleja por escrito, objetivamente, el curso de la enfermedad del paciente y el actuar del médico para su atención. Se trata de una guía metodológica de gran utilidad durante el proceso de atención, tan es así, que la propia *lex artis*, hace patente la necesidad de su elaboración. De igual forma, dicha elaboración, es avalada por los ordenamientos legales, al otorgarle jerarquía al analizar y juzgar la conducta profesional del médico.

Cabe mencionar, que en la historia de la relación médico-paciente, han sucedido distintos momentos, producidos por cambios histórico-culturales que moldearon diversas formas de vinculación; tradicionalmente el paciente entregaba su cuerpo en forma incondicional y sumisa, como requisito necesario para la intervención médica. En el nuevo modelo, se accede al respeto y a la limitación de la disposición del propio cuerpo, a partir del reconocimiento expreso del derecho a la atención, que encuentra un nuevo fundamento contractualista.

En la relación médico-paciente, tanto el médico como el enfermo, deben forjar una relación, cuyo fin sea el restablecimiento del estado de salud del paciente; siendo indispensable la comunicación entre ellos, pues en la medida en que la información médica sobre las características del plan diagnóstico y terapéutico, sean comprendidas por el paciente, se reforzará el vínculo y se atenderá el deber jurídico de informar.

Así mismo, con el advenimiento en la actividad médica del consentimiento bajo información, el paciente tiene derecho a que el médico le brinde información sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento. De igual forma, el paciente, debe expresar su consentimiento, por escrito, cuando acepte sujetarse con fines de diagnóstico o tratamiento a procedimientos que impliquen riesgo, para lo cual previamente deberá ser informado de los beneficios, complicaciones o aspectos negativos que pudieran presentarse a consecuencia del acto médico.

Los medios judiciales de defensa aparecen en el área de los servicios de salud, ante la necesidad de proteger a las personas que resulten afectadas con motivo de la relación jurídica que establezcan con los profesionales que prestan este tipo de servicios.

Por su parte, los medios alternativos de solución de conflictos (MASC), consisten en una amplia gama de mecanismos y procesos destinados a ayudar en la solución de controversias. Estos medios, no tienen intención de suplantar la justicia ordinaria, lo que realmente persiguen es complementarla, encontrando el procedimiento que mejor se adapte a la resolución de cada disputa. Es por ello que el arbitraje, se perfila como uno de los instrumentos principales en la solución de conflictos, prueba de ello, es la frecuente incorporación de cláusulas arbitrales en los contratos, sobre todo en los internacionales, pues aunque el arbitraje es empleado en el ámbito interno, en el ámbito internacional constituye, por excelencia, el método de resolución de controversias.

Siendo necesario que la población mexicana contara con mecanismos que, sin perjuicio de la actuación de las instancias jurisdiccionales en la solución de conflictos, contribuyeran a tutelar el derecho a la protección de la salud, así como a mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud, fue creada la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), órgano al cual pueden asistir usuarios y prestadores de servicios de salud, para dilucidar sus conflictos, bajo el principio de buena fe, y de

manera adicional, disminuir las grandes cargas de trabajo para los órganos jurisdiccionales, sin sustituirlos.

Finalmente, hay que señalar, que para la prestación de servicios de salud, existe un régimen técnico-jurídico de gran importancia, particularmente para la atención médica que permite ponderar el cuidado del enfermo, tanto en acciones como en omisiones, conforme a lo establecido en la *lex artis* aplicable; en este régimen destacan las Normas Oficiales Mexicanas, documentos de carácter técnico y naturaleza obligatoria, las cuales proporcionan los lineamientos específicos que deben ser cumplidos por los prestadores de servicios de salud.

De lo antes expuesto, se desprende la importancia de estudiar la problemática en la prestación de servicios de atención médica, centrada en la identificación de deficiencias que generan mala práctica y efectos adversos en la salud de los pacientes, a fin de elaborar propuestas normativas de solución, encaminadas a prevenir las desviaciones que se detecten.

## 1. Sistemas y Servicios de Salud.

### 1.1 Sistema Nacional de Salud.

La razón de todo sistema de salud, es mejorar la salud, además, tiene también la responsabilidad de reducir las desigualdades, mejorando preferentemente, la salud de aquellos que están en peores condiciones. En ese sentido, el sistema debe ser equitativo; por ello, entre los objetivos más importantes de los sistemas de salud, deben contemplarse la disponibilidad de insumos, el acceso a los servicios y el uso eficiente de los recursos, entre otros.<sup>1</sup>

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, consagra el derecho a la protección de la salud como elemento necesario para el bienestar físico, psicológico y social, que propicie una vida plena.

La salud y el derecho constitucional, están universalmente ligados; en México, el derecho constitucional a la protección de la salud fue un gran logro, pues estableció una categoría especial de derechos: los derechos sociales.<sup>2</sup>

A partir de 1980, se propuso un cambio estructural, el cual incluía una amplia actualización legislativa. En este contexto, se estableció en el artículo cuarto constitucional, la garantía social para que toda persona tenga derecho a la protección de su salud, derecho que en cuanto a cobertura es universal, pues se otorga sin distinción alguna, ni criterios limitativos; igualmente dispone el acceso a los servicios de salud, así como el carácter concurrente en materia de Salubridad General que la Federación y todos los Estados deben aplicar, en función de la organización de los servicios de salud.

---

<sup>1</sup> OMS, Informe sobre la Salud en el Mundo 2000, Mejorar el desempeño de los sistemas de salud, Ginebra, OMS, 2000, pp.146-147.

<sup>2</sup> González Oropeza Manuel, *Los derechos humanos y el derecho a la protección de la salud*, México, Revista CONAMED, año 3, num. 9, octubre-diciembre 1998, p. 10.

De lo anterior, se desprenden dos situaciones íntimamente relacionadas: inscribir en la Constitución el derecho social relativo a la protección de la salud y el establecimiento del Sistema Nacional de Salud.<sup>3</sup> En ese sentido, el Estado asumió la función reguladora, pues para hacer efectivo el citado derecho fue necesario realizar una reforma sanitaria, en la cual, la piedra angular fue la expedición de la Ley General de Salud y la implementación del Programa Nacional de Salud.

Desde el año 1984, fue creado el Sistema Nacional de Salud (integrado por instituciones públicas, sociales y privadas), como solución organizacional para dar a la Secretaría de Salud la responsabilidad por el diseño y coordinación de la política nacional en salud, en razón a que era necesario: a) Superar las diferencias de tipo cualitativo y cuantitativo entre los servicios de salud ofrecidos por instituciones de seguridad social y los organismos que otorgaban servicios a población no derechohabiente (población abierta). b) Reforzar la capacidad operativa y de gestión de los Servicios de Salud en los gobiernos de los Estados. c) Vincular la planeación de los servicios de salud con la planeación global de la nación.<sup>4</sup>

La Ley General de Salud, constituye el cuerpo legal, en el cual se establecen las bases jurídicas para hacer efectivo el derecho a la protección de la salud, pues define el contenido básico de la Salubridad General y determina la conformación del Sistema Nacional de Salud, estableciendo sus objetivos y operación, mediante mecanismos de coordinación, concertación e inducción, bajo la responsabilidad y conducción de la Secretaría de Salud; así mismo, distribuye las competencias en materia de salubridad general entre el Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Salud y los gobiernos de los Estados. También establece la naturaleza de los servicios y las modalidades para su prestación, pues en ellos se combinan varios esquemas públicos, así como el privado.

---

<sup>3</sup> Exposición de Motivos del Proyecto de Decreto que adiciona el artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 28 de diciembre de 1982, año I.T.I. núm. 58, p. 90.

<sup>4</sup> Soberón Guillermo, *El Sistema Nacional de Salud*, México, Revista de Administración Pública, Administración del Sector Salud 69/70, enero-junio 1987, Instituto Nacional de Administración Pública, p. 17

El sector público incluye un sistema descentralizado, administrado por los gobiernos federal, estatales, y un sistema de seguridad social, el cual cubre a los empleados asalariados del mercado formal. Por su parte, la atención privada, generalmente es pagada de manera directa por los usuarios del servicio (51%), y los seguros de gastos médicos (privados), sólo cubren una proporción muy limitada de la población (3%), los cuales funcionan fundamentalmente bajo dos modalidades: gastos médicos mayores y los que ofrecen las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES).<sup>5</sup>

Las principales organizaciones de la seguridad social son el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). El IMSS es la institución más grande y uno de los principales empleadores de México. Proporciona seguridad social a la mayoría de los empleados asalariados formales del sector privado y sus familias. La segunda institución en función de su tamaño es el ISSSTE, que ofrece protección de seguridad social a los trabajadores del gobierno (en su mayoría empleados federales y algunos estatales). También, se encuentran los servicios otorgados por unidades que dependen directamente de la Secretaría de Salud; los órganos desconcentrados de la citada Secretaría, y los organismos descentralizados (con personalidad jurídica y patrimonio propios) entre éstos últimos están los Institutos Nacionales de Salud, los Servicios de Salud de los Estados; así como otras instituciones, que atienden a los empleados de la Marina (SEMAR), de la Armada (SEDENA) y de Petróleos Mexicanos (PEMEX). En la Ciudad de México, la fuerza de policía, el Gobierno del Distrito Federal y el Sistema de Transporte Colectivo Subterráneo (METRO), cuentan con sus propios convenios de seguridad social.<sup>6</sup>

---

<sup>5</sup> Secretaría de Salud, Sistema de Cuentas Nacionales y Estatales de Salud, México, S.S., 2004.

<sup>6</sup> Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, Estudios sobre los Sistemas de Salud, México, OCDE, 2005, pp. 20-25.

Cabe mencionar, que a partir de 2003, se establecieron una serie de reformas para establecer el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), el cual institucionalizó un programa piloto existente, el Seguro Popular de Salud (SP), que entró en vigor a partir de 2004, con el propósito de garantizar la cobertura universal de los servicios de salud, pues se trata de un esquema voluntario orientado a proporcionar acceso a los servicios de salud, para quienes no cuentan con la protección de la seguridad social. Este sistema es tripartita, funciona con contribuciones del gobierno federal, los Estados y una aportación de las familias, definida en función de su ingreso.

Cada una de las organizaciones de salud, ha conformado su estructura y funcionamiento, para atender desde los padecimientos más comunes, que no requieren alta tecnología y que afectan al mayor número de población (primer nivel); los que deben ser atendidos en unidades de hospitalización, dada su especialización (segundo nivel); hasta aquellos que por sus características propias, requieren personal altamente especializado y la más compleja tecnología (tercer nivel).

En razón a lo antes expuesto, las organizaciones prestadoras de servicios de salud, deben ser entendidas como sistemas, subsistemas e incluso suprasistemas, dependiendo del análisis que se realice, y sin duda, resulta indispensable conocer la conformación del Sistema Nacional de Salud, así como el marco referencial para la prestación de servicios de atención médica, pues éstos juegan un papel importante en el contexto de las controversias médico-paciente.

En efecto, la evaluación de la prestación de servicios de atención médica, debe realizarse conforme a lo establecido por la *lex artis* médica<sup>7</sup>, “conjunto de procedimientos, de técnicas y de reglas generales de la profesión”, así como a la clasificación y escalonamiento de los servicios, siempre atendiendo a las condiciones de modo, tiempo y lugar; es decir, no es equitativo exigir a un prestador del servicio

---

<sup>7</sup> Acosta Ramírez Vicente, De la responsabilidad Civil Médica, Chile, Jurídica de Chile, 1990, p. 380.

en el primer nivel de atención por sus características y funciones, obligaciones que corresponden a otro nivel.

El Sistema Nacional de Salud, durante su desarrollo ha logrado avances muy importantes. Las organizaciones de salud que lo conforman, aunadas al desarrollo económico y social, han dado lugar al mejoramiento del nivel de vida de la población, expresado por la ampliación de la esperanza de vida, disminución de la mortalidad general infantil, control de enfermedades prevenibles por vacunación, así como la existencia de programas de amplia cobertura.<sup>8</sup>

Pese a los logros mencionados, en la actualidad se aprecia creciente insatisfacción de los usuarios con la atención de los servicios de salud que reciben; esta insatisfacción refleja deficiencias en diferentes actividades tanto del área médica, como administrativa. En ese sentido, es importante destacar, que la atención médica está regulada por un conjunto de normas jurídicas, las cuales hacen que el prestador de servicios de salud, aparezca íntimamente inscrito en el círculo del derecho.

De igual forma, aunque los protocolos de atención médica y los manuales de procedimientos administrativos contemplan la forma de actuar y resolver dificultades en cada ámbito, en la interacción de estas disciplinas, existen a veces, problemas de información, omisiones y eventos fortuitos. Dicho de otra forma, las controversias en la prestación de servicios de salud, no son exclusivamente atribuibles al médico, sino que también, en muchas ocasiones, son originadas por la actuación del personal administrativo, incluso de directivos de las unidades médicas, lo cual puede generar un evento de impericia o negligencia, que ponga en riesgo la vida, la salud o el bienestar de un usuario, con la consiguiente obligación de reparar el daño producido.

---

<sup>8</sup> FUNSALUD, "La Salud en México: 2006/2012", *Visión de FUNSALUD*, México, 1ª Ed., 2006, pp. 21-22.

*“Las intervenciones de atención a la salud se realizan con el propósito de beneficiar a los pacientes, pero también pueden causarles daño. La combinación compleja de procesos, tecnologías e interacciones humanas que constituyen el sistema moderno de prestación de atención de salud puede adoptar beneficios importantes. Sin embargo, también conlleva un riesgo de que ocurran eventos adversos, y efectivamente, ocurren con demasiada frecuencia”.*<sup>9</sup>

Según ha publicado la Organización Panamericana de la Salud (OPS), los riesgos de los pacientes en los servicios de salud, se han convertido en un problema de salud pública mundial, pues en todos los niveles de atención, los pacientes sufren alguna forma de daño producto de deficiencias que puede dar lugar a discapacidad grave y hasta la muerte. En efecto, la OPS refiere: *“Cada año en Estados Unidos, los errores médicos ocasionan la muerte de hasta 98.000 pacientes, cifra superior a la de las muertes por accidentes de tráfico, cáncer de mama o SIDA. En Canadá y Nueva Zelanda, cerca del 10% de los pacientes hospitalizados sufren consecuencias negativas debido a errores médicos, mientras que en Australia, la cifra es de aproximadamente 16.6%. Si bien los datos de los países en desarrollo son escasos, los expertos consideran que la situación es aun peor.”*<sup>10</sup>

De igual forma, la OPS reporta un estudio efectuado en la Universidad de Harvard, presentado en el programa 2005 de la nueva alianza, el cual indica que el 70% de los efectos adversos producto de errores en la atención médica, deriva en discapacidades temporarias y 14% de ellos en muerte del paciente. Lo anterior, hace evidente, que los fenómenos adversos en la prestación de servicios de salud, son un problema que afecta a cada país, a cada unidad médica, al personal de salud y por supuesto, a los enfermos.

En ese orden de ideas, gran cantidad de pacientes adultos y niños, reciben mala atención, ello ocasiona discapacidades innecesarias y hasta la muerte a causa

---

<sup>9</sup> Organización Mundial de la Salud, Calidad de la atención: seguridad del paciente, Washington, D.C., 55ª Asamblea Mundial de la Salud, 2002, pp. 1-2.

<sup>10</sup> Organización Panamericana de la Salud, “Por la Seguridad del Paciente”, *Boletín OPS*, 2005, pp. 1-2.

de deficiencias en la prestación del servicio. Lo anterior, resalta la necesidad de estudiar los factores que generan deficiencias en la prestación de servicios de salud, afectándola negativamente, pues es imperante establecer normas médico-administrativas que respondan a las necesidades reales del servicio; es decir, se requiere instrumentar mecanismos normativos, orientados a reducir las deficiencias y con ello abatir los efectos adversos y su repercusión en el bienestar de los pacientes.

Es por ello, que en el presente trabajo, es muy importante el estudio de la problemática en la prestación de servicios de salud, centrado en la identificación de deficiencias que originan mala práctica, a fin de elaborar propuestas normativas de solución, estas últimas encaminadas a prevenir las desviaciones que se detecten.

## 1.2 Prestación de Servicios de Salud.

La prestación de servicios de salud, comprende 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, para ello, ha de entenderse, que para su operación, existen servicios de atención médica, de salud pública y de asistencia social, en efecto, así lo determina la Ley General de Salud, en su artículo 24.

La atención médica, se refiere al conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud, incluyen actividades preventivas, curativas y de rehabilitación, brindadas mediante servicios públicos a la población en general, servicios de seguridad social, sociales y privados.

Al respecto, ha de destacarse el artículo 9° del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, el cual marca uno de los preceptos esenciales del derecho sanitario: *“La atención médica deberá llevarse a efecto de conformidad con los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica;”* es decir, este ordenamiento indica que la atención debe brindarse

conforme a la *lex artis* médica, lo cual adquiere gran relevancia al momento de analizar el acto médico.

Por su parte, la salud pública, se refiere a aquellos servicios proporcionados a la colectividad por parte del Estado, mediante ejercicio de la acción sanitaria; es decir, incluye actividades de naturaleza epidemiológica y control sanitario, respecto de este último, debemos mencionar que la regulación sanitaria constituye el conjunto de acciones preventivas que lleva a cabo el gobierno, para normar y controlar las condiciones sanitarias del hábitat humano, los establecimientos, las actividades, los productos, los equipos, los vehículos y las personas que puedan representar riesgo o daño a la salud de la población en general, así como para fomentar de manera paralela, el cuidado de la salud a través de prácticas de repercusión personal y colectiva, en las vertientes siguientes:

*“Mediante la detección y prevención de riesgos y daños a la salud, en especial de los derivados de la fabricación, distribución, comercialización y consumo de productos, insumos, bienes y servicios; al detectar y prevenir el deterioro de los ecosistemas y, finalmente, interviene para abatir los riesgos y daños a la salud que se generan en el ámbito ocupacional.”<sup>11</sup>*

Así mismo, la asistencia social, comprende el conjunto de acciones tendientes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impidan al individuo su desarrollo integral, así como la protección física, mental y social de personas en estado de necesidad, desprotección física, mental, hasta lograr su incorporación a la vida plena y productiva.

De lo anterior, deriva la complejidad del proceso de producción de los servicios de salud, la cual está determinada, entre otras, por la multiplicidad de unidades y trabajadores participantes en la prestación de los servicios, así como por las diferencias tecnológicas requeridas; por ello, tampoco se puede dejar de lado, el

---

<sup>11</sup> Secretaría de Salud, El Programa de Modernización de la Regulación Sanitaria, SSA, México, D.F., 1994 pp. 7-9.

factor primordial de orientación del trabajo; es decir, los aspectos relativos a su administración, pues debemos recordar que toda organización, a fin de poder funcionar, necesita satisfacer ciertos objetivos, mismos que para ser alcanzados, requieren diversos recursos: materiales, técnicos, y por supuesto el capital humano, dentro de los cuales, no sólo el esfuerzo o la actividad humana quedan comprendidos, sino también otros factores que proporcionan diversas modalidades: conocimientos, experiencias, motivación, aptitudes, actitudes y habilidades.

Las instituciones prestadoras de servicios de salud en nuestro país, atraviesan por una situación compleja, derivada de inconvenientes sociales y políticos, pues los problemas para el funcionamiento de sus unidades de atención a los usuarios, tanto públicas como privadas, tienen dificultades propias de su desarrollo, en los que destacan aspectos específicos de la administración y de la propia atención, además de los obstáculos naturales del manejo de las enfermedades y el uso de la tecnología moderna, lo cual en conjunto, hace difícil su operación.

Los hospitales, clínicas y centros de salud, son organizaciones que movilizan la capacidad y esfuerzo de una amplia variedad de grupos de personal profesional, técnico y no profesional, con objeto de proporcionar servicio altamente personalizado.

El principal objetivo de las unidades de prestación de servicios de atención médica, es brindar a los enfermos la atención que necesitan en forma idónea, dentro de los límites del conocimiento médico actual y de los procedimientos más convenientes para organizar efectivamente la actividad humana, pues su preocupación más importante es preservar la vida y la salud del paciente.

Las organizaciones de salud, tienen objetivos adicionales, los cuales incluyen su sobrevivencia, estabilidad funcional, desarrollo, solvencia económica, investigación, educación médica, de enfermería y del personal administrativo, tanto profesional como técnico y de los directivos. Cabe mencionar, que tanto la práctica

médica como los rubros enunciados en el párrafo anterior, son concurrentes y de apoyo, pues según se mencionó, el principal objetivo es servir al enfermo, lo cual constituye el principio fundamental que forma el sustento de todas las actividades de la organización y de las personas que en ésta se desarrollan.

La responsabilidad social, funcional y moral que recae sobre la organización y sus miembros, es de alta trascendencia, pues todas las acciones están dirigidas a preservar bienes inestimables, como son la vida, la salud y el bienestar de seres humanos, así mismo, los procedimientos institucionales deben ser diseñados, administrados, aplicados y actualizados, por un grupo de personas calificadas para tal fin, por ello, la organización como un todo, debe asumir claramente las responsabilidades de sus miembros. En este inmenso quehacer, la prestación de servicios puede verse afectada, pues ocurren errores, omisiones administrativas y médicas, en donde la falta del esmerado deber de cuidado, compromete el bienestar y hasta la vida de los pacientes. Es decir, por acción o por omisión, el personal puede generar daños en el paciente o incluso, ocasionar su muerte, incurriendo en ilícitos civiles y penales. Es por ello, que se requiere estudiar cuáles son las deficiencias en la prestación de los servicios.

### 1.3 Factores que Intervienen en las Organizaciones de Salud.

#### Personal de Salud.

El personal de salud constituye uno de los elementos más importantes en la prestación de los servicios, pues todas las modalidades que implican el cuidado de la salud, dependen de la existencia de personal. En efecto, se trata de todas las personas que directa o indirectamente contribuyen a elevar el bienestar de la población, por medio de la prevención, atención y tratamiento de la enfermedad.<sup>12</sup>

---

<sup>12</sup> Organización Panamericana de la Salud, Promoviendo la Salud en las Américas, Recursos Humanos: temática central del 7 de abril, Día Mundial de la Salud 2006, Washington, D.C., OPS, 2006.

En razón a que los servicios de salud se brindan mediante equipos interdisciplinarios, es necesario que el personal, cuente con la preparación adecuada y esté debidamente capacitado, pues la salud de la población está en sus manos; por ello, se requieren planes sistemáticos, integrados, coherentes, en los que se tengan en cuenta no sólo los conocimientos teóricos y prácticos, sino también las actitudes indispensables del personal, el número necesario en las distintas categorías y niveles, los perfiles de actuación de cada uno, la distribución en los servicios de salud para hacerlos eficaces, en fin, la integración de los equipos de trabajo, indispensables para el logro de los objetivos del Sistema Nacional de Salud.

Dada la complejidad de las enfermedades, así como el volumen de trabajo, el personal a cargo del paciente puede cometer errores u omisiones, pero no debemos soslayar, que también en la organización es posible, que los sistemas administrativos, el personal profesional y técnico de las disciplinas que apoyan la prestación del servicio, tengan igual responsabilidad y puedan ser directamente causantes de mala práctica que tenga repercusión en la vida, la salud y el bienestar de un usuario de los servicios.

Los pacientes pueden sufrir graves daños a su salud debido a deficiencias en la prestación de los servicios, pues cuando el personal médico, administrativo u otros prestadores del servicio, incluyendo el personal directivo de las organizaciones de salud, no desempeña sus funciones atendiendo a su deber de cuidado, pueden generar alteraciones en la salud de los enfermos y ser considerados legalmente responsables, exigiéndoseles la reparación de daños y perjuicios, atendiendo al efecto adverso que se hubiera generado (daño físico, daño moral, indemnización por muerte, sueldos perdidos, gastos médicos futuros, entre otros).

La medicina moderna ha integrado una serie de procedimientos, técnicas y conductas para diagnosticar y tratar las enfermedades; sin embargo, su utilización exige que exista personal capacitado para su realización. Cuando esto por alguna

razón no se logra, se pone en riesgo la integridad corporal, la función de órganos, así como la vida misma.

Es necesario señalar, que las buenas condiciones de infraestructura y equipo, no sirven de nada, si no se cuenta con el personal necesario para prestar el servicio, o éste no se encuentra en el hospital cuando se necesita. Por otra parte, el personal de salud bien entrenado, sin las herramientas y los insumos apropiados, tampoco puede hacer mucho; por ello, es necesario estudiar la problemática, para poder generar propuestas que intervengan en los factores determinantes.<sup>13</sup>

#### Disciplinas que participan en las Organizaciones de Salud.

Para el desempeño de las labores relacionadas con los servicios de salud, se requiere una división extensa del trabajo, el personal y una estructura compleja que abarca diferentes tipos de servicios, comprendidos en un elaborado sistema de coordinación de funciones. El trabajo es muy diverso y especializado, realizado por un gran número de personas que cooperan entre sí, cuyos antecedentes en cuanto a preparación, entrenamiento, capacidad y función son tan diversos y heterogéneos como puede encontrarse en cualquiera de las organizaciones más complejas que existen. Además, la mayor parte del trabajo, no sólo es especializado, sino que lo realizan profesionales altamente entrenados (médicos), quienes necesitan la colaboración, asistencia y servicios de personal profesional y técnico.

Para la prestación de servicios, es necesario que el personal para la salud, participe de manera organizada en equipos multidisciplinarios. En ese sentido, para brindar servicios de atención médica, es indispensable la participación de diverso tipo de personal, entre el cual destacan: médicos generales, médicos especialistas (gineco-obstetricia, pediatría, cirugía, medicina interna, anestesiología, ortopedia y traumatología, urología, cardiología, angiología, cirugía cardiovascular, neurología, cirugía plástica estética y reconstructiva, dermatología, medicina crítica, oncología,

---

<sup>13</sup> OPS/OMS, Prioridades y Estrategias en Recursos Humanos para la Salud, 2006.

otorrinolaringología, reumatología, neumología, gastroenterología, endocrinología, hematología, patología, entre otros); médicos residentes; odontólogos; cirujanos máxilo-faciales; enfermeras (especializadas, generales, auxiliares); personal para los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento (química clínica, biología, parasitología, radiología, farmacobiología, entre otros).

De igual forma, son necesarias otras disciplinas a nivel profesional y técnico: trabajo social, psicología, audición y lenguaje, neurolingüística, dietología, optometría, técnico dental, técnico laboratorista, técnico ortesista y protesista, entre otros, así como personal administrativo (empleados de oficina, secretarias, etc), personal para servicios generales y limpieza.

También son necesarios epidemiólogos, licenciados en administración, ciencias de la comunicación, contabilidad, derecho, mercadotecnia, nutrición, informática, sociología, ingeniería en alimentos, ingeniería mecánica y eléctrica; técnicos en operación de farmacias, en alimentos, en refrigeración, entre otros.<sup>14</sup>

De lo anterior, deriva la complejidad del proceso de producción de los servicios de salud, la cual está determinada, entre otras, por la multiplicidad de unidades y trabajadores participantes, así como por las diferencias tecnológicas requeridas; por ello, tampoco se puede dejar de lado, el factor primordial de orientación del trabajo; es decir, los aspectos relativos a su administración, pues debemos recordar que toda organización, a fin de poder funcionar, necesita satisfacer ciertos objetivos, mismos que para ser alcanzados, requieren diversos recursos y por supuesto el capital humano, dentro de los cuales, no sólo el esfuerzo o la actividad humana quedan comprendidos, sino también otros factores que proporcionan diversas modalidades: conocimientos, experiencias, motivación, aptitudes, actitudes y habilidades.

---

<sup>14</sup> Fernández Ruiz (comp.), *Servicios Públicos de Salud y Temas Conexos*, México, editorial Porrúa, UNAM, 2006, pp. 48-49.

El personal gerencial especializado, es indispensable, pues la administración de las organizaciones de salud, es cada día más compleja, debido al desarrollo acelerado de los principios científicos y éticos de la medicina, así como los avances de la tecnología actual, mismos que exigen evolucionar continuamente, para brindar los servicios que requiere la sociedad.

En este contexto, el personal es uno de los elementos más importantes para el sistema, pues todas las modalidades que implican el cuidado de la salud, dependen de la existencia de un conjunto idóneo de personal capacitado para lograr los objetivos. En efecto, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), reconoce que no podrá operarse ninguna transformación en cualquiera de las dimensiones del sistema de servicios, sin considerar el papel fundamental que desempeña el personal de salud.<sup>15</sup>

### Capacitación.

El título cuarto de la Ley General de Salud, establece las bases para el ejercicio de las profesiones, actividades técnicas, auxiliares y de las especialidades para la salud, en relación con la Ley Reglamentaria del artículo 5° Constitucional, relativa al Ejercicio de las Profesiones en el Distrito Federal, así como las bases de coordinación, entre los sectores educativo y de salud respecto a la formación, capacitación, actualización y desarrollo de los recursos humanos para la salud.

Los artículos 89 al 95 de la Ley General de Salud, hacen especial énfasis en el impulso y fomento de la formación, capacitación y actualización profesional de los recursos humanos para la salud, a fin de atender los objetivos y prioridades del Sistema Nacional de Salud.

Lo anterior, en el terreno de los recursos humanos para la prestación de servicios de salud es de gran relevancia, pues invariablemente, la actividad del personal, ha tenido un calificativo humanista, en virtud de que sus acciones están

---

<sup>15</sup> OPS, Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, Informe Anual del Director, OPS/OMS, 1998.

orientadas hacia el mejoramiento del bienestar biológico, psicológico y social de la persona, pues se refieren a la protección de la salud y la conservación de la vida, dos de los valores de mayor importancia.

La prestación de servicios de salud de calidad, tiene su base en la formación, desarrollo y capacitación del personal, la Secretaría de Salud, al frente del Sistema Nacional de Salud, tiene entre sus objetivos que el personal se prepare atendiendo a las necesidades y programas del Sistema, así como consolidar la coordinación con la Secretaría de Educación Pública y la concertación con las instituciones educativas.

La complejidad del proceso formativo y asimilación de estos recursos por el Sistema Nacional de Salud determinó la creación de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS), la cual está conformada por los secretarios de salud y educación, siendo integrada por representantes de ambas secretarías, además de representantes de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, de instituciones del Sector Salud, de la Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior, de Universidades Regionales, de la Academia Nacional de Medicina, de la Coordinación de Institutos Nacionales de Salud y del Colegio Nacional de Educación Profesional y Técnica.

La CIFRHS constituye un foro en el cual, los sectores salud y educación identifican áreas de coordinación, analizan la problemática relacionada con el proceso de formación de recursos humanos, proponen soluciones y generan recomendaciones dentro del marco jurídico de las propias instituciones.<sup>16</sup>

El internado de pregrado, corresponde a una etapa curricular escolarizada de la carrera de medicina, sujeta a créditos académicos, la cual surgió como necesidad fundamental para lograr dos objetivos primordiales: obtener adiestramiento para la práctica profesional e integrar los conocimientos adquiridos en las diversas asignaturas del plan de estudios, en ese sentido, el internado se efectúa en unidades

---

<sup>16</sup>Acuerdo por el que se crea la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación, 19 de octubre de 1983.

hospitalarias de segundo nivel de atención, en las cuales el alumno desarrolla sus actividades en los servicios de medicina interna, pediatría, cirugía general, gineco-obstetricia, urgencias médicas, así como medicina general, en el primer nivel de atención.

El servicio social en atención médica, es un ejemplo de concertación de acciones en el que las instituciones educativas y de salud comparten responsabilidades en la formación de los profesionales y en la prestación de servicios. En nuestro país, el servicio social ha sido un valioso recurso para la prestación de servicios públicos de salud, fundamentalmente en las zonas geográficas más desprotegidas, en las que habita un significativo porcentaje de mexicanos con poca accesibilidad a los servicios.

Por otra parte, es necesario señalar, que en la prestación de servicios de salud, también participan médicos residentes. La formación de médicos y en particular de especialistas, es uno de los aspectos torales en las actividades relacionadas con la salud. El proceso de formación de especialistas, fundamentalmente se realiza en el ámbito de las instituciones de salud, ello además implica que éstas deben funcionar de forma correcta.

La especialización médica, es un proceso dinámico, evolutivo y renovador por naturaleza, el cual atiende de manera permanente los aspectos doctrinarios de la disciplina y cuida el adiestramiento en servicio de quienes se preparan en ella, en búsqueda de autonomía profesional de quienes pretenden practicarla en el futuro.

La confianza del paciente ha significado para el médico, el reconocimiento a su calidad profesional y ética, al depositar en él sus esperanzas para recuperar su salud, preservar la vida, e incluso tener una muerte digna, pues en muchas ocasiones, sus afecciones rebasan el estado físico, para ubicarse en los planos psicológico y social.

Por lo que respecta a la capacitación, los servicios de salud requieren personal preparado para asumir las tareas y responsabilidades que tienen encomendadas.

La capacitación en salud, es un conjunto sistematizado de acciones y procedimientos educativos, mediante los cuales, es posible orientar eficazmente los recursos disponibles, ya sean técnicos, económicos, materiales o humanos, con objeto de lograr que los trabajadores de la salud, incrementen sus conocimientos y habilidades para el mejor desempeño de sus funciones y para su desarrollo personal y laboral.<sup>17</sup>

Dentro de las estrategias del Programa Nacional de Salud 2001-2006, se encuentra fortalecer la capacitación de los recursos humanos para la salud. En efecto, señala que los sistemas modernos de salud requieren de la capacitación continua de su personal; esto lo exigen tanto los cambios en el perfil epidemiológico de los países y los avances tecnológicos de la medicina clínica, como las constantes reformas de los sistemas de salud.

La capacitación del personal dedicado a la prestación de servicios de salud, debe involucrar el fortalecimiento de las habilidades gerenciales de los directivos de los servicios de salud; así como la capacitación y el fortalecimiento de los programas de educación continua de los profesionales de la salud en las áreas específicas de su competencia, sean éstas médicas, de odontología, enfermería, técnicas o administrativas.

Por lo anterior, será indispensable establecer un programa de capacitación gerencial para directivos de los diferentes niveles de las instituciones prestadoras de servicios de salud, así como la creación de un programa de capacitación respecto al consentimiento bajo información, orientado de manera específica a médicos, odontólogos y enfermeras.

---

<sup>17</sup> SSA, *La Formación, Capacitación y Desarrollo de Recursos Humanos*, México, Secretaría de Salud, 1994, p. 135.

### Expediente Clínico.

El expediente clínico es el documento que cristaliza el acto médico y refleja por escrito, objetivamente, el curso de la enfermedad del paciente y el actuar del médico para su atención.

Desde la aparición de la ciencia médica hasta la actualidad, se puede observar, cómo el médico de todas las épocas anotó las enfermedades, los medios para combatirlas, los aciertos, los fracasos, y fundamentalmente, abrió camino para investigaciones, las cuales tuvieron parte de su origen, en el ahora documento médico-legal denominado expediente clínico.

Este documento, es una guía metodológica de gran utilidad durante el proceso de atención, tan es así que la propia *lex artis*, hace patente la necesidad de su elaboración. De igual forma, dicha creación es avalada por los ordenamientos legales, al otorgarle jerarquía al analizar y juzgar la conducta profesional del médico.

Para tal efecto, en nuestro país, además de los señalamientos contenidos en la Ley General de Salud, misma que en su artículo 32, indica que los expedientes clínicos de los usuarios, deben conservarse por un período mínimo de cinco años, existe la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del expediente clínico, la cual establece de manera específica, la obligatoriedad del expediente, así como su debida integración, para fines de uso médico, jurídico, de enseñanza, investigación, evaluación, administrativo y estadístico.

Dicho ordenamiento, además establece, que se permite el empleo de medios electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto ópticos o de cualquier otra tecnología, en la integración de un expediente clínico, mismo que en su caso, quedará sujeto al cumplimiento de las disposiciones legales aplicables.

El expediente clínico, se refiere al conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos o de cualquier otra índole, en los cuales, el personal de salud, deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con arreglo a las disposiciones sanitarias.<sup>18</sup>

Es decir, debe contener todos los datos del enfermo y los aspectos con él relacionados, debe incluir historia clínica, la cual conjuntamente con el examen físico integral y sistemático, orientará al médico, en la toma de decisiones con fines de diagnóstico y tratamiento.

En ese sentido, la semiología, así como la exploración física completa (inspección, palpación, percusión y auscultación), pese a la tecnología de avanzada a disposición del médico, siguen siendo la piedra angular en atención, así mismo, demuestran la preocupación, diligencia y empeño del profesional, para orientarse correctamente ante la patología portada por el enfermo. Es decir, el expediente clínico es el documento médico por excelencia.

Ahora bien, es indispensable señalar, que el expediente tiene implicaciones legales, pues es el documento esencial para evaluar el acto médico, de manera particular, en casos médico-legales, en los cuales esta documental, tiene muy fuerte valor probatorio, pues en la mayoría de las ocasiones, determina las decisiones de quien tiene a su cargo la resolución del conflicto.

De lo anterior, se desprende que el médico tiene su amparo y defensa en un expediente clínico veraz y completo, el cual en primer lugar, acreditará el ejercicio de la profesión en términos de la *lex artis*, y correlativamente le permitirá asumir satisfactoriamente, cualquier conflicto basado en su supuesto accionar incorrecto.

---

<sup>18</sup>Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del expediente clínico, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 30 de septiembre de 1999.

Por cuanto a este rubro se refiere, con el advenimiento en la actividad médica del consentimiento bajo información, el paciente, tiene derecho a que el médico tratante le brinde información sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento. De igual forma, el paciente, debe expresar su consentimiento, por escrito, cuando acepte sujetarse con fines de diagnóstico o tratamiento a procedimientos que impliquen riesgo, para lo cual previamente deberá ser informado de los beneficios, complicaciones o aspectos negativos que pudieran presentarse a consecuencia del acto médico.

Las cartas de consentimiento informado son documentos escritos, signados por el paciente o su representante legal, mediante los cuales se acepta, bajo debida información, los riesgos y beneficios esperados, por la realización de un procedimiento médico o quirúrgico con fines diagnósticos, terapéuticos o rehabilitatorios.<sup>19</sup>

Debe entenderse el consentimiento informado como el acto de decisión libre y voluntaria, realizado por una persona capaz, por el cual acepta las acciones diagnósticas o terapéuticas sugeridas por sus médicos, fundado en la comprensión de la información revelada respecto de los riesgos y beneficios que le pueden ocasionar.<sup>20</sup>

El consentimiento informado se sustenta en el principio de autonomía del paciente (sometimiento voluntario a una actuación en el ámbito de la salud, por su libre y soberana decisión, en el que se le considera sujeto de derechos y deberes, que incluyen no sólo su salud, sino también el respeto a su dignidad humana e intimidad), considerando para su existencia tres requisitos básicos necesarios para que sea válido: libertad de decisión, explicación suficiente y capacidad para decidir.

---

<sup>19</sup> NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico. Numerales 4.2 y 10.11

<sup>20</sup> CONAMED. *Consentimiento Válidamente Informado*, Secretaría de Salud-CONAMED, 1ª edición, México, 2004, p. 23

Es evidente que el consentimiento que otorgue el paciente, debe emitirse libre y concientemente; es decir, el consentimiento no puede estar viciado de error, dolo, violencia o intimidación. En ese orden de ideas, la atención médica se estructura a partir de dos principios fundamentales: la capacidad técnica del médico, y el consentimiento del paciente para recibir la atención.

Si entendemos que la medicina es una ciencia rigurosa, pero no exacta, con un plus especial de exposición y riesgo, en la que la atención, la pericia y la reflexión, han de procurarse en dosis mayores que en otras profesiones, debido al indiscutible deber de cuidado que recae sobre el personal de salud, es necesario que la atención médica se brinde con la oportunidad y diligencia que las circunstancias de las personas y del lugar así lo determinen.

En ese sentido, en la medida en que el médico informe debidamente al paciente los pormenores relacionados con un posible tratamiento, estará cumpliendo con la legislación sanitaria en vigor.

El artículo 29 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, es concluyente al señalar: *“Todo profesional de la salud estará obligado a proporcionarle al usuario y, en su caso, a sus familiares, tutor o representante legal, información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento correspondientes.”*

Al cumplir la obligación de informar para obtener el consentimiento del paciente para el diagnóstico o tratamiento, el médico no se limita a cumplir una obligación legal, está realizando una parte fundamental del acto médico, elevando la calidad de la prestación del servicio y propiciando que la relación médico-paciente se fortalezca en beneficio de ambas partes. Adicionalmente, se protege contra una demanda por responsabilidad profesional, si fuera el caso.

El citado Reglamento de la Ley General de Salud, señala que el consentimiento debe presentarse por escrito en casos de intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores, y en general, en la aplicación de procedimientos que supongan riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente, según lo establecen los artículos 80 al 83, mismos que señalan:

Artículo 80.- *“En todo hospital y siempre que el estado del paciente lo permita, deberá recabarse a su ingreso autorización escrita y firmada para practicarle, con fines de diagnóstico o terapéuticos, los procedimientos médico-quirúrgicos necesarios de acuerdo al padecimiento de que se trate, debiendo informarle claramente el tipo de documento que se le presenta para su firma.*

*Esta autorización inicial no excluye la necesidad de recabar después la correspondiente a cada procedimiento que entrañe un alto riesgo para el paciente.”*

Artículo 81.- *“En caso de urgencia o cuando el paciente se encuentre en estado de incapacidad transitoria o permanente, el documento a que se refiere el artículo anterior, será suscrito por el familiar más cercano en vínculo que le acompañe, o en su caso, por su tutor o representante legal, una vez informado del carácter de la autorización.*

*Cuando no sea posible obtener la autorización por incapacidad del paciente y ausencia de las personas a que se refiere el párrafo que antecede, los médicos autorizados del hospital de que se trate, previa valoración del caso y con el acuerdo de por lo menos dos de ellos, llevarán a cabo el procedimiento terapéutico que el caso requiera, dejando constancia por escrito, en el expediente clínico.”*

El artículo 82, establece los requisitos que debe contener el consentimiento, siendo los siguientes:

- I. Nombre de la institución a la que pertenezca el hospital;
- II. Nombre, razón o denominación social del hospital;
- III. Título del documento;
- IV. Lugar y fecha;

V. Nombre y firma de la persona que otorgue la autorización, y

VI. Nombre y firma de los testigos.

*El documento deberá ser impreso, redactado en forma clara, sin abreviaturas, enmendaduras o tachaduras.*

*Artículo 83.- “En caso de que deba realizarse alguna amputación, mutilación o extirpación orgánica que produzca modificación física permanente en el paciente o en la condición fisiológica o mental del mismo, el documento a que se refiere el artículo anterior deberá ser suscrito además, por dos testigos idóneos designados por el interesado o por la persona que lo suscriba. Estas autorizaciones se ajustarán a los modelos que señalen las normas técnicas.”*

En esos términos, la omisión de la información adecuada, así como la información incorrecta o la falta de otorgamiento del consentimiento, son causas generadoras de responsabilidad profesional. Sin embargo, con frecuencia las cartas de consentimiento bajo información, adolecen de los elementos mínimos necesarios, pues presentan falta de información clara y suficiente sobre el diagnóstico, tratamiento y riesgos, así como de los requisitos que la ley en la materia establece.

Por lo anterior, en beneficio de los pacientes y de los prestadores del servicio médico, es necesario incorporar a los ordenamientos vigentes, un instrumento que regule el consentimiento bajo información, en cuanto a sus características, límites, revocación, exigencia ética, legal y validez, con el fin de que los procesos de consentimiento, se realicen de manera correcta. Los prestadores de los servicios médicos, requieren una guía que sirva de referencia y que mediante su aplicación, ayude a solucionar conflictos generados por este rubro, pues como se ha visto hasta este momento, sólo se cuenta con las disposiciones generales establecidas en reglamento en materia de prestación de servicios de atención médica, así como en algunos otros ordenamientos de carácter normativo.

Lo antes expuesto, fortalece la necesidad de proponer la Norma Oficial Mexicana del Consentimiento Bajo Información.

## Función Gerencial y Administración de Recursos.

Las actividades de salud, como se mencionó, constituyen servicios para las personas y son realizados por personas; es decir, la prestación del servicio está mediada por un intenso y complejo proceso de trabajo que lo organiza y determina en cuanto a sus características fundamentales, en esa medida, su transformación pasa por la necesaria modificación del desempeño del personal. Desde esta percepción, el análisis y el desarrollo de cambios en el proceso de trabajo se colocan como aspecto crítico en la transformación de los sistemas y servicios de salud.<sup>21</sup>

Para que la atención otorgada sea de calidad, se deben satisfacer las necesidades de los servicios, para ello se requiere de diversos recursos tanto materiales como humanos que apoyen las diversas áreas involucradas. *“España ha puesto a la seguridad del paciente en el centro de las políticas del Sistema Nacional de Salud, como uno de los fundamentos de mejora de la calidad”.*<sup>22</sup>

El personal de salud tiene simultáneamente una doble dimensión: un medio de producción que debe articularse en forma adecuada con otros elementos para producir las actividades de los servicios de salud, esto lleva necesariamente a reconocer la interdependencia de la planificación y administración del personal con otros aspectos de la gestión en salud.

La magnitud y complejidad de los avances científicos y tecnológicos, dificultan el funcionamiento de los servicios con la idoneidad que requieren, pues los recursos para mantener la estructura y procesos de las instituciones públicas, no son suficientes. De igual manera, el acelerado crecimiento demográfico, dificulta la planeación estratégica de los servicios, así como la capacitación y el desarrollo del personal.

---

<sup>21</sup>Organización Panamericana de la Salud. *Programa de Desarrollo de Recursos Humanos. Educación permanente de personal de salud en la Región de las Américas: Fascículo X: Propuestas de trabajo en contextos específicos.* Washington, D.C., (OPS. Serie Desarrollo de Recursos Humanos), 1995.

<sup>22</sup>Ortiz, Z. “La Seguridad del Paciente como Centro de Atención”, *CIE. Academia Nacional de Medicina*, Buenos Aires, Argentina, 2005.

El trabajo en el campo del desarrollo de personal para la salud, en los últimos años ha permitido identificar dos planos de trabajo: uno de carácter general, sustentado fundamentalmente en la formulación de políticas y la planeación que se ocupa de la prospectiva de largo plazo, y otro de alcance básicamente particular, el cual enfatiza la capacitación y administración del personal de los servicios de salud y que se ocupa de las cuestiones a corto y mediano plazo.

La separación de estas dos líneas de trabajo, ha llevado a estimarlas independientes y debe permitir el desarrollo autónomo de la planeación y la administración de personal. Pero al mismo tiempo, este divorcio de la acción del largo y corto plazo, limitaría los esfuerzos realizados para la formulación de políticas y la planeación de los recursos humanos. Las acciones en administración del personal por lo general de corto plazo, orientadas por la necesidad de administrar un particular insumo de los servicios de salud y organizar las demandas y garantías del personal, construyeron a lo largo del tiempo, la actual situación del personal en los servicios de salud, mientras la formulación de políticas y la planeación, quedaron relegadas al papel de denuncia y construcción de modelos ideales.

La administración de recursos humanos para la prestación de servicios públicos de salud, debe ser parte de un proceso integral de desarrollo, el cual busque la vinculación de la gerencia de los servicios y de otros componentes del proceso de desarrollo (capacitación, organización del trabajo, etc.) y establezca formas de intervención interrelacionadas e idóneas.

Se trata de poner a disposición del personal gerencial, instrumentos que les ayuden a interiorizar y difundir la necesidad de organizar al personal hacia una gestión más acertada para el logro de los objetivos establecidos.

Es necesario mencionar, que la genérica de los servicios de salud, se refiere al conjunto de conocimientos y habilidades indispensables para administrar, planear,

financiar, analizar, evaluar, conducir e inducir hacia la solución de problemas que enfrentan los servicios de salud, con la finalidad de mejorar su eficiencia y calidad.

En este orden de ideas, es innegable que el personal directivo, debe tener el dominio de habilidades gerenciales que sus puestos exigen, para lograr la transformación de los servicios de salud de manera idónea. Por ello, resultan indispensables acciones de capacitación, las cuales permitan coadyuvar al proceso de adaptabilidad, generado por los cambios sociales externos a los servicios de salud, experiencias, desarrollo de talento y creatividad, en términos de conocimientos, habilidades y actitudes para responder con éxito al reto de la competitividad, fortalecer la capacidad interna de gestión y desarrollar una cultura orientada hacia la productividad y calidad de los servicios de salud. Al respecto, se debe recordar, que resulta menos costoso para cualquier organización propiciar que un gerente se desarrolle, que tener gerentes incompetentes y subdesarrollados.

Por lo anterior, el proceso de desarrollo del personal, debe incluir los elementos básicos de consulta para los directivos de los servicios de salud, acerca de los procesos, prácticas, instrumentos y marcos normativos en gestión de personal de salud, que les sirvan de herramienta para la toma de decisiones estratégicas y tácticas en la materia.

La complejidad del proceso de producción de los servicios de salud, plantea la necesidad de un abordaje integral, que busque orientar el cambio en la prestación del servicio, a partir del reconocimiento de las necesidades de la población. El trabajo en salud, caracterizado por diversidad y excepción que lleva a un proceso de producción diferenciado y cambiante en un marco de rigidez del proceso y una organización basada en la jerarquía con papeles establecidos, sugiere trascender la separación entre gerentes y trabajadores, para recuperar las experiencias, conocimientos, habilidades y aptitudes del trabajador, mediante un modelo gerencial participativo, motivador, el cual estimule la creatividad y promueva el compromiso por parte del personal de salud. Por ello, es indispensable que los programas de

capacitación y desarrollo al personal directivo proporcionen elementos técnicos que le permitan establecer estrategias organizacionales; propicien una mentalidad dinámica y de total participación orientada a la óptima administración de los recursos y de la capacidad instalada; orienten al personal para el logro de los objetivos de los programas a su cargo; propicien la inquietud necesaria para desarrollar sus acciones y les permita la motivación para comprender que la cultura y valores, el ambiente organizacional y la conducta gerencial, ejercen influencia directa en la calidad de los servicios.

Así mismo, se debe reconocer que existe la necesidad de incluir cambios e instrumentar enfoques distintos en la preparación del personal para la prestación de servicios de salud, atendiendo a la situación actual del país.

## 2. La Calidad del Servicio en las Organizaciones de Salud.

### 2.1 La Calidad en las Organizaciones de Salud.

En México, existe preocupación acerca de la calidad de los servicios de salud, los temas de calidad de la atención y satisfacción de los pacientes, han recibido prioridad por parte de las autoridades mexicanas;<sup>23</sup> sin embargo, las dificultades no se relacionan simplemente con la calidad de los servicios *per se*, sino también, debe contemplarse el hecho de que los hospitales y clínicas, carezcan del personal calificado y del material necesario para tratar a sus pacientes, así como los casos de negligencia o errores en la prestación de los servicios.

Los programas gubernamentales, han apuntado hacia un deseo de establecer con claridad los derechos de los pacientes, códigos de ética, así como un seguimiento de quejas.<sup>24</sup> Por ello, en la actualidad, los pacientes tienen acceso a un sistema de resolución de controversias por medio del arbitraje de CONAMED, el cual es gratuito y menos complicado que pasar por el sistema de tribunales civiles.

En ese sentido, ha existido mayor énfasis para ayudar a las diversas organizaciones de salud, en la tarea de mejorar la calidad de los servicios que brindan. Al respecto, es necesario señalar, que el Estado es la primera entidad que sirve como guardián público de la salud de la población; es decir, el Estado debe garantizar que los servicios de salud, sean prestados de manera correcta para el bienestar de la población, en términos de lo establecido por el artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, respecto al derecho a la protección de la salud, mismo que atendiendo a lo estipulado en la Ley General de Salud, tiene como finalidades:

- El bienestar físico y mental del hombre, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades;

---

<sup>23</sup> Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, *op. cit.*, nota 6, pp. 86-89.

<sup>24</sup> Banco Mundial, "Universal Health Insurance Coverage in Mexico: In Search of Alternatives", Grupo de Desarrollo Humano y Social, Región de América Latina y el Caribe, Oficina para México y Colombia, 2004.

- La prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana;
- La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuven 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;
- El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población;
- El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud, y
- El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.

Aunado a lo anterior, mejorar la calidad y ampliar la cobertura de los servicios de salud en México, han sido dos grandes retos del Sistema Nacional de Salud; en ese sentido, la política en salud, ha sido dirigida a impulsar la protección a todos los mexicanos. En efecto, el enfoque gerencial de los sistemas de salud en el mundo, surge como exigencia de la globalización y un mercado competitivo que busca brindar mayor número de servicios, así como la calidad de los mismos.<sup>25</sup>

Ahora bien, en la prestación de servicios de salud, la definición de calidad resulta más difícil que en el ámbito industrial, pues no se trata de la producción de mercancías, ni de brindar un servicio cualquiera, pues en este caso, la atención se dirige a la persona enferma, e incluye medidas diagnósticas y terapéuticas, empleadas para mejorar su estado de salud.

Lohr, refiere la calidad de la atención, como *“el grado en el cual los servicios de salud para individuos y poblaciones mejoran la posibilidad de lograr los resultados deseados en salud y son congruentes con los conocimientos profesionales actuales”*,

---

<sup>25</sup> Cabello Morales, Calidad de la Atención Médica: ¿Paciente o cliente?, Rev. Med. Hered., Perú, ene/jul 2001, vol. 12, No. 3, pp. 96-99.

para lo cual, estima se deben tener en cuenta los acontecimientos que puede presentar el paciente, la influencia del tratamiento sobre la enfermedad, el grado de satisfacción del enfermo y el estado de salud global del paciente.<sup>26</sup>

La calidad según ha referido Avedis Donabedian, depende de la organización de las instituciones prestadoras de los servicios, del personal de salud, así como de los intereses de los usuarios.<sup>27</sup> Donabedian refiere, que la calidad *“es la propiedad de la atención médica que puede ser obtenida en diversos grados, haciendo un balance entre la obtención de los mayores beneficios posibles con los menores riesgos para el paciente, en donde los mayores beneficios posibles, se definen, a su vez, en función de lo alcanzable de acuerdo a los recursos con los que se cuenta para proporcionar la atención y de acuerdo con los valores sociales imperantes”*. Así mismo, define el proceso de atención médica como *“una cadena compleja de hechos, en que cada uno de ellos es un fin o terminación del anterior y una condición necesaria para el que sigue”*.<sup>28</sup>

También, existen otras definiciones, las cuales refieren que la calidad se define por el grado de conformidad entre la atención brindada y obtenida. Sin embargo, este tipo de definiciones, generalmente se observan en el ámbito de la producción, en donde la calidad, está definida, casi exclusivamente a partir de la satisfacción del cliente con el producto; pues en el caso de la atención médica, el servicio se otorga directamente a la persona y el objetivo central, es actuar sobre los atributos individuales (la salud del paciente), para mejorarla o mantenerla; por lo tanto, la mera satisfacción del enfermo, no es suficiente para definir el concepto.

---

<sup>26</sup> Lohr KN., Outcome measurement: Concepts and Questions, Inquiry 1998; 25, pp. 37-50

<sup>27</sup> Donabedian Avedis. Perspectivas en Salud Pública. Garantía y Monitoreo de la Calidad de la Atención Médica, México, D.F. Instituto Nacional de Salud Pública, 1990, pp. 10-11.

<sup>28</sup> *Idem*.

La Organización Mundial de la Salud, considera que la atención es de calidad, cuando reúne lo siguiente:<sup>29</sup>

- Alto nivel de excelencia profesional.
- Uso eficiente de los recursos.
- Mínimo de riesgos para el paciente.
- Alto grado de satisfacción del paciente.
- Impacto final en salud.

También es importante mencionar, que calidad en la prestación de servicios de salud, significa algo distinto para cada persona, por ejemplo:

- Para el cirujano, la operación de cadera puede ser de calidad, cuando todo sale sin mayores sobresaltos en la sala de operaciones, el paciente se recupera y es dado de alta puntualmente, sin ninguna complicación grave.
- El profesional de terapia física, puede ver el mismo caso de calidad, si el enfermo puede caminar casi al 100% de su capacidad normal, después del tratamiento.
- El paciente considerará su capacidad de caminar, pero también si está totalmente libre de dolor.
- El administrador del hospital, estimará que el procedimiento fue exitoso, si éste se realizó dentro de los límites económicos establecidos y no incluye complicaciones costosas.

Por lo antes expuesto, puede estimarse que la calidad no es un concepto absoluto, sino relativo, en el que los beneficios y los riesgos, deben ser establecidos atendiendo a los estándares de beneficios factibles y los riesgos prevenibles.

En términos de la legislación sanitaria vigente, los usuarios de los servicios de salud, tienen derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea;

---

<sup>29</sup> Flores Sandí, Indicadores de calidad en la pericia forense, *Med. Leg.* Costa Rica, 2004, Vol. 21, No.1, pp.119-128.

a recibir atención profesional, éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.<sup>30</sup>

Un señalamiento importante en cuanto a la calidad en el cuidado de la salud, es que el personal que brinda la atención, no quiere ser causante de incapacidades o muertes; sin embargo, cómo se pueden explicar las discordancias entre este sentir y los eventos adversos debidos a mala práctica que pudieron haberse evitado.

Es por ello, que se plantea la necesidad de estudiar si alguno o cualquier combinación de los factores como son: disponibilidad de medicamentos, material de curación, disponibilidad de laboratorio y gabinete, personal médico, personal de enfermería; oportunidad en la atención, atención brindada por personal calificado, supervisión del personal actuante, información al paciente, carta de consentimiento bajo información, integración del expediente clínico, establecimiento del diagnóstico, empleo de laboratorio y gabinete por parte del personal médico, instauración del tratamiento, evolución de la enfermedad respecto del tratamiento aplicado, tratamiento de complicaciones, evolución de la enfermedad, referencia del paciente; originan mala práctica en la prestación de servicios.

Analizar la prestación de servicios de salud en busca de deficiencias, permitirá elaborar propuestas normativas de solución, encaminadas a prevenir las desviaciones que se detecten.

## 2.2 Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud.

Una cruzada, es una campaña a favor de un fin específico; una serie de esfuerzos encaminados a lograr un objetivo común, a alcanzar un fin elevado.

En ese sentido, el Programa Nacional de Salud 2001-2006, identificó a la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, como una de las

---

<sup>30</sup> Artículo 51, Ley General de Salud.

estrategias sustantivas para hacer frente a los retos que el Sistema de Salud mexicano enfrentará en los próximos años.

Esta Cruzada Nacional, tiene como objetivos fundamentales promover trato digno y adecuado para los enfermos y sus familiares, así como brindar en todas las instituciones de salud, mejores servicios. Es decir, la cruzada busca que la atención médica sea efectiva, eficiente, ética y segura. Será efectiva, al alcanzar los objetivos esperados por el usuario de los servicios; eficiente porque fomentará el uso óptimo de los recursos de los que se dispone; ética al apegarse a los valores universales, y segura pues ofrecerá servicios con los menores riesgos posibles.<sup>31</sup>

En el proceso de cambio, el Sistema Nacional de Salud, contempla que la calidad sea reconocida explícita y fehacientemente como un valor de la cultura organizacional del sistema, y que existan evidencias confiables de mejoras sustanciales, las cuales sean percibidas con satisfacción por los usuarios, por la población en general y por los prestadores de los servicios.

En esta labor, además de las organizaciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, participan las Academias Nacionales de Medicina y Cirugía, las Federaciones de la Profesión Médica, Odontológica y de Enfermería, así como las Asociaciones Nacionales de los profesionales de estas disciplinas.

Cabe mencionar, que existen una serie de factores que generan los hechos y los retos para mejorar la calidad de servicios de salud, entre los cuales destacan:<sup>32</sup>

- El personal directivo de alto nivel de los servicios de salud, tanto públicos como privados, por lo general, carece de adecuada formación gerencial, lo cual produce falta de liderazgo para elevar los niveles de calidad en el sistema.

---

<sup>31</sup>Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de Operación específicas e indicadores de gestión y evaluación del programa Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, publicado en el Diario oficial de la Federación, 2 de mayo de 2006.

<sup>32</sup>Secretaría de Salud, Programa de Acción: Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, Primera Ed., México, 2002, pp. 19-27.

- Estructura y procesos con insuficiente gestión directiva para alinearlos hacia resultados de calidad, lo cual dificulta el desarrollo de la gestión clínica de la calidad por los profesionales operativos en el Sistema de salud.
- Existe cultura de medición para informar y no para decidir, lo cual, además, genera que exista insuficiente conocimiento del propio personal de los servicios, tanto para evaluar como para mejorar sus servicios.
- Los indicadores de calidad de los servicios de salud públicos y privados, son prácticamente inexistentes. Ello, como consecuencia de sistemas de información incipientes y del desconocimiento de este tipo de indicadores.
- Si bien en el sector público se cuenta con encuestas de satisfacción de los usuarios, esta información no es siempre confiable. En el sector privado, aún es una práctica poco común.
- Son mínimos los incentivos que existen en el sistema para un alto desempeño, tanto de las organizaciones prestadoras de servicios como para el personal de salud en lo particular. Es frecuente, incluso, que los incentivos estén invertidos y estimulen conductas de bajo o equivocado desempeño.
- La regulación actual es insuficiente para garantizar a los mexicanos la existencia de insumos y de servicios de salud de alta calidad, en todos los casos.
- Insuficiente desarrollo de procesos de acreditación y certificación de profesionales y establecimientos como actividad de garantía de calidad.
- En general, existe subdesarrollo de políticas y gestión de recursos humanos en el Sistema de Salud y en particular para la mejora de la calidad.
- La formación de recursos humanos para la salud, no siempre está alineada con los requerimientos de los servicios, los cuales, a su vez, no siempre tienen claros esos requerimientos.

Por lo anterior, es clara la necesidad de establecer una estrategia nacional que, como verdadera cruzada, rescate de manera sistematizada el valor de la calidad y lo arraigue en la cultura organizacional del sistema y de cada uno de los

prestadores de los servicios, teniendo como punto de enfoque de todos esos esfuerzos a los usuarios de los servicios, buscando la mejora sustantiva de sus condiciones de salud y la garantía de un trato adecuado.

### 2.3 Relación Médico-Paciente.

La relación médico-paciente, ha sido fundamental en la práctica clínica; se sustenta en una serie de principios y valores compartidos, como son la confidencialidad, veracidad, prevacía, así como en las habilidades del médico para comunicarse con el paciente.<sup>33</sup>

En el pasado, las asimetrías de conocimiento entre médicos, administradores de la salud y pacientes, habían determinado de manera muy concreta los roles de agente activo y pasivo del proceso de toma de decisiones. Además, la consideración de la enfermedad como un tema tabú, y lo relativo a salud como propio de expertos, contribuía a diferenciar aun más la separación entre quién conoce y decide, y quién no está en condición igualitaria de ejercer tal posibilidad. Esta situación, favorecía la implantación de un modelo de relación entre profesionales, administrativos y usuarios, atendiendo al conocimiento y la experiencia.

La existencia del paciente informado, constituye una línea de análisis; este hecho se visualiza por el aumento en la cobertura de los temas sanitarios publicados en textos de divulgación, la aparición de revistas dedicadas a temas de salud, y la difusión masiva mediante nuevas tecnologías de comunicación respecto a información acerca de la salud y el autocuidado.

Una fuente importante ha sido la disponibilidad en medios electrónicos con temas de salud. Ante esta situación, el personal de salud, de manera particular el

---

<sup>33</sup>Tena Tamayo, C., Hernández Orozco, F., La Comunicación Humana en la Relación Médico Paciente, 2a Ed., México: Prado, 2007, pp. 370-380.

médico, se ha visto obligado a adoptar rol de intermediario, con capacidad de encontrar, seleccionar y, sobre todo, individualizar la información al paciente.<sup>34</sup>

Este último proceso, se produce en la mayoría de los casos dentro de una relación personalizada, como es la relación médico-paciente. Esta posición conduce a superar la clásica relación, en la cual una persona informada toma decisiones por otra que no lo está, y puede favorecer el establecimiento de un modelo de relación de tipo deliberativo.

En la relación deliberativa, el médico debe sentirse cómodo en la interrelación con el paciente, quien pregunta, y debe ser capaz de responder en forma asertiva.

Uno de los objetivos de esta relación, es educar a los pacientes en la toma de decisiones, al obtener información suficiente, la cual le permita identificar sus necesidades, demandas y expectativas.

Cabe mencionar, que la confianza se erige como uno de los elementos fundadores y modeladores de la relación médico-paciente, y que desde el inicio de la relación clínica, se constituye en el núcleo que otorga sentido a la vinculación terapéutica como relación de cuidado y mejora en el estado de salud. La confianza, como elemento constitutivo, aparece desde los orígenes de la actividad médica.

La relación médico-paciente, debe cimentarse en un encuentro respetuoso y enriquecido con las diferencias del experto frente al enfermo; de ello dependerá la consolidación de la confianza entre sí, pues el esfuerzo en lograr comunicación fluida y permanente entre médico y paciente, aleja la sensación de ser extraños o personas con valores distintos, que en un momento crítico deben saber vincularse entre sí. En la actualidad, es frecuente que ese encuentro personalizado, se vea dificultado y hasta en algunos casos sea inexistente, por ejemplo, cuando un paciente demanda

---

<sup>34</sup> Engelhardt HT. *Especialidad en bioética*. Editorial Clarín. Buenos Aires Argentina, 1995, pp. 20 y 21.

por daños, desconociendo en el momento de interponer el escrito inicial, el nombre del profesional o los datos del equipo de salud que le brindó la atención.<sup>35</sup>

El crecimiento y desarrollo de nuevas especialidades y subespecialidades, así como el desmesurado apego a la tecnología, distancian cada vez más al médico del paciente, y se llega al extremo de la total prescindencia de los mismos actores del acto médico, abriéndole camino a nuevos imperativos tecnológicos. Se transgreden, o en el mejor de los casos, se desconocen los derechos que les asisten a los pacientes, de la misma forma que no se respetan reglas morales elementales, algunas establecidas de forma jurídica, tales como: la veracidad, la confidencialidad, la intimidad, el consentimiento bajo información, el derecho a la participación y decisión en indicaciones diagnósticas y terapéuticas, entre otros.

En la historia de la relación médico-paciente, se han sucedido distintos momentos producidos por cambios histórico-culturales que moldearon diversas formas de vinculación; tradicionalmente el paciente entregaba su cuerpo en forma incondicional y sumisa, como requisito necesario para la intervención médica. En el nuevo modelo, se accede al respeto y la limitación de la disposición del propio cuerpo a partir del reconocimiento expreso del derecho a la atención, que encuentra un nuevo fundamento contractualista.<sup>36</sup>

En la interacción médico-paciente, es necesario que tanto el médico como el enfermo, puedan entenderse para forjar una relación, cuyo fin sea el restablecimiento del estado de salud del paciente; siendo importante la comunicación entre los participantes, pues en la medida en que la información médica sobre las características del plan diagnóstico y terapéutico, sean comprendidas por el paciente, se reforzará el vínculo y se atenderá el deber jurídico de informar, ello disminuirá las posibilidades de controversias por el servicio brindado.

---

<sup>35</sup> *Idem.*

<sup>36</sup> Ghersi C.A. Responsabilidad Profesional. Cap. II, ed. Astrea, Bs. As., 1995, p. 17.

Cabe mencionar, que en las controversias derivadas de la prestación de servicios de salud, se encuentra vinculado el inapropiado manejo de la información; circunstancias equívocas, tanto de parte del paciente hacia el médico como en sentido contrario, lo cual origina relaciones distorsionadas, que producen desconfianza, y pueden inducir a que el paciente interprete que existió mala práctica.

De lo anterior se desprende, que al estudiar las controversias derivadas de la prestación de servicios de salud, debe hacerse mayor énfasis en el rubro del consentimiento bajo información, pues la sociedad cada vez más desarrollada, con mayor información y participación en todo lo que le afecta, es también más exigente respecto de los servicios de salud que recibe.

#### 2.4 Deberes y Obligaciones del Paciente y del Personal de Salud.

El médico como persona en lo particular, es sujeto de derechos y obligaciones como cualquier otra que forme parte de una misma comunidad; empero, al ejercer su profesión e interactuar con otras personas, especialmente con sus pacientes, se generan una serie de derechos y obligaciones que es necesario particularizar pues a cada derecho le corresponde una obligación.<sup>37</sup>

Es claro que no puede dejar de observarse la relación bilateral que surge entre quien recibe y quien brinda la atención, así como las circunstancias del entorno, de tal forma, que al hacer explícitos los derechos y obligaciones de los integrantes de la relación médico-paciente, debe buscarse necesariamente que guarden congruencia y proporcionalidad con dicha finalidad. Los derechos y deberes se pueden ordenar de la manera siguiente:

---

<sup>37</sup> Salvat, Raymundo, *Responsabilidad Civil de los Médicos*. Ed. La Ley, Buenos Aires, Argentina, 1995, p. 257.

a) Derechos de los pacientes.

- Recibir 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 a ser informado cuando requiera referencia a otro médico.<sup>38</sup>
- Recibir trato digno y respetuoso. El paciente tiene derecho a que el médico, la enfermera y el personal que le brinden atención médica, se identifiquen y le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera que sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes.<sup>39</sup>
- Recibir información suficiente, clara, oportuna, y veraz. El paciente, o en su caso el responsable, tienen derecho a que el médico tratante les brinde información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento; se exprese siempre en forma clara y comprensible; se brinde con oportunidad con el fin de favorecer el conocimiento pleno del estado de salud del paciente y sea siempre veraz, ajustada a la realidad.<sup>40</sup>
- Decidir libremente sobre su atención. El paciente, o en su caso el responsable, tienen derecho a decidir con libertad, de manera personal y sin ninguna forma de presión, aceptar o rechazar cada procedimiento

---

<sup>38</sup>Ley General de Salud Artículos 51 y 89. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículos 21 y 48.

<sup>39</sup>Ley General de Salud Artículos 51 y 83. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículos 25 y 48.

<sup>40</sup>Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículos 29 y 30. NOM-168SSA1-1998, del Expediente Clínico. Numeral 5.5.

diagnóstico o terapéutico ofrecido, así como el uso de medidas extraordinarias de supervivencia en paciente terminales.<sup>41</sup>

- Otorgar o no su consentimiento válidamente informado. El paciente, o en su caso el responsable, en los supuestos que así señale la normativa, tiene derecho a expresar su consentimiento, siempre por escrito, cuando acepte sujetarse con fines de diagnóstico o terapéuticos a procedimientos que impliquen un riesgo, para lo cual deberá ser informado en forma amplia y completa en qué consisten, de los beneficios que se esperan, así como de las complicaciones o eventos negativos que pudieran presentarse a consecuencia del acto médico. Lo anterior, incluye las situaciones en las cuales el paciente decida participar en estudios de investigación o en el caso de donación de órganos.<sup>42</sup>
  
- Ser tratado con confidencialidad. El paciente tiene derecho a que toda la información que exprese a su médico, se maneje con estricta confidencialidad y no se divulgue más que con la autorización expresa de parte, incluso la que derive de un estudio de investigación al cual se haya sujetado de manera voluntaria. El paciente, o en su caso, el responsable, en los supuestos que así lo señale la normativa, tiene derecho a expresar su consentimiento, siempre por escrito, cuando acepte sujetarse con fines de diagnóstico o terapéuticos, a procedimientos que impliquen un riesgo, para lo cual deberá ser informado en forma amplia y completa en qué consisten, de los beneficios que se esperan, así como de las complicaciones o eventos

---

<sup>41</sup>Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículo 80. NOM-168SSA1-1998, del Expediente Clínico. Numeral 4.2 y 10.1.1. Anteproyecto del Código – Guía Bioética de Conducta Profesional de la SSA, Artículo 4, fracción 4.3. "Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial sobre los Derechos del Paciente" del 9 de enero de 1995, apartado C del punto número 10.

<sup>42</sup>Ley General de Salud. Artículos 100 Frac. IV 320 y 321. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios médicos. Artículos 80 y 81. NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico. Números 4.2 y 10.1.1

negativos que pudiera presentarse a consecuencia de informar a la autoridad en los casos previstos por la ley.<sup>43</sup>

- Contar con facilidades para obtener una segunda opinión. El paciente tiene derecho a recibir por escrito la información necesaria para obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud.<sup>44</sup>
- Recibir atención médica en caso de urgencia. Cuando está 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 pronóstico de estabilizar sus condiciones.<sup>45</sup>
- Contar con un expediente clínico. El paciente tiene derecho a que el conjunto de los datos relacionados con la atención médica que reciba sean asentados en forma veraz, clara, precisa, legible y completa en un expediente que deberá cumplir con la normativa aplicable y cuando lo solicite, obtener por escrito un resumen clínico veraz de acuerdo al fin requerido.<sup>46</sup>
- 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

---

<sup>43</sup>NOM-168SSA1-1998, del Expediente Clínico. Numeral 5.6. Ley Reglamentaria del Artículo 5° Constitucional relativo al ejercicio de las profesiones en el Distrito Federal. Artículo 36. Ley General de Salud. Artículo 136, 137 y 138. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículos 19 y 35.

<sup>44</sup>Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículos 29 y 30. NOM-168-SSA-1-1998, del Expediente Clínico. Numerales 4.9 y 5.5.

<sup>45</sup>Ley General de Salud. Artículo 55. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículos 71 y 73.

<sup>46</sup>Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículo 32. NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico.

disponer de vías alternas a las judiciales, para tratar de resolver un conflicto con el personal de salud.<sup>47</sup>

b) Deberes a cargo de los pacientes.

- Información. Es deber a cargo del paciente el de informar verazmente al médico al que concurra en consulta, en función de su papel de protagonista y colaborador en la relación. Este deber se corresponde con el derecho a obtener información que le asiste al profesional y se verá reflejado fundamentalmente en el interrogatorio previo necesario para arribar a una correcta orientación de diagnóstico y tratamiento.
- Colaboración. El paciente debe colaborar con el médico continuando con las consultas y el tratamiento, y realizándose los estudios adecuados.
- Observar el tratamiento. El paciente tiene el deber de someterse disciplinariamente a observar el tratamiento que su médico le indique. El enfermo que interrumpe un tratamiento y se confía a otro profesional o a otro servicio médico puede excluir de responsabilidad a quien inicialmente lo atendió según sea el caso.

El paciente en principio libera de responsabilidad a su médico cuando abandona el tratamiento y a raíz de ello sufre un agravamiento de su enfermedad; sin embargo, esta regla no es absoluta puesto que cuando existe una causa justificada, bien podrá hacerlo sin liberar por ello a su anterior médico tratante de las secuelas dañosas imputadas.

Debe quedar en claro que en los supuestos de causa justificada, prueba ésta a cargo de la víctima, no podrá obligarse al paciente a continuar con un profesional determinado, pues sería obligar al paciente a continuar con un médico a quien ha dejado de tener confianza justificadamente, dado el resultado adverso en la atención.

---

<sup>47</sup>Ley General de Salud. Artículo 54. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículo 19, 51 y 52. Decreto de Creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Artículos 2, 3, 4 y 13.

- Pago de honorarios. El paciente tiene la obligación de pagar los honorarios que se generen por la atención médica recibida. Este deber se corresponde con el derecho del médico a percibir remuneración por los servicios prestados. Lo anterior, de acuerdo a la relación contractual de las partes.<sup>48</sup>

a) Derechos del personal de la salud.

- Ejercer la profesión en forma libre y sin presiones de cualquier naturaleza. El médico tiene derecho a que se respete su juicio clínico (diagnóstico terapéutico) y su libertad prescriptiva (facultad del médico para elegir el tratamiento que a su leal saber y entender estime pertinente para la atención de los pacientes, siempre y cuando se apegue a lo establecido en la *lex artis* médica), así como su probable decisión de declinar la atención de algún paciente, siempre que tales aspectos se sustenten sobre bases éticas, científicas y normativas.<sup>49</sup>
- Laborar en instalaciones y seguras que garanticen su práctica profesional. El médico tiene derecho a contar con lugares de trabajo e instalaciones con medidas de seguridad e higiene, incluidas las que marca la ley, de conformidad con las características del servicio a otorgar.<sup>50</sup>
- Tener a su disposición los recursos que requiere su práctica profesional. Es un derecho del médico recibir del establecimiento donde presta su servicio: personal idóneo, así como equipo, instrumentos e insumos necesarios, de acuerdo con el servicio a otorgar.<sup>51</sup>

---

<sup>48</sup>Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; artículo 5º. Ley Federal del Trabajo; artículo 56, 82, 83 y 85 Ley Reglamentaria del artículo 5º constitucional, relativo al ejercicio de las profesiones; artículos 24, 31 y 32. Código Civil Federal; artículos 2606 y 2613.

<sup>49</sup>Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, artículo 5. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica; artículo 9.

<sup>50</sup>Ley Federal de Trabajo; artículo 51, fracción VII. Ley General de Salud; artículo 166. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica; artículo 19, fracción II.

<sup>51</sup>Ley Federal de Trabajo; artículo 132, fracción III. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica; artículos 21 y 26.

- Abstenerse de garantizar resultados en la atención médica. El médico tiene derecho a no emitir juicios concluyentes sobre los resultados esperados de la atención médica.<sup>52</sup>
- Recibir trato respetuoso por parte de los pacientes y sus familiares, así como del personal relacionado con su trabajo profesional. El médico tiene derecho a recibir del paciente y sus familiares trato respetuoso, así como información completa, veraz y oportuna relacionada con el estado de salud.<sup>53</sup>
- Tener acceso a educación médica continua y ser considerado en igualdad de oportunidades para su desarrollo profesional. El médico tiene derecho a que se le facilite el acceso a la educación médica continua y a ser considerado en igualdad de oportunidades para su desarrollo profesional, con el propósito de mantenerse actualizado.<sup>54</sup>
- Tener acceso a actividades de investigación y docencia en el campo de su profesión. El médico tiene derecho a participar en actividades de investigación y enseñanza como parte de su desarrollo profesional.<sup>55</sup>
- Asociarse para promover sus intereses profesionales. El médico tiene derecho a asociarse en organizaciones, asociaciones y colegios para su desarrollo profesional, con el fin de promover la superación de sus miembros y vigilar el ejercicio profesional, de conformidad con lo establecido en la ley.<sup>56</sup>

---

<sup>52</sup>Ley General de Salud; artículos 23, 32 y 33, fracciones I, II y III. Ley Reglamentaria del artículo 5º constitucional, relativo al ejercicio de las profesiones; artículo 33. Código Civil Federal; artículos 1828 y 2613.

<sup>53</sup>Declaración Universal de los Derechos Humanos; artículo 1º.

<sup>54</sup>Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; artículo 1º, párrafo tercero. Ley General de Salud; artículos 89 y 90. Ley Federal del Trabajo, De la Capacitación y Adiestramiento de los Trabajadores; artículos 153-A, 153-B y 153-F.

<sup>55</sup>Ley General de Salud; artículo 90 fracción IV. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica; artículos 6 y 17, fracción VI.

<sup>56</sup>Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; artículo 9º. Ley Reglamentaria del artículo 5º constitucional, relativo al ejercicio de las profesiones; artículo 40. Ley General de Salud; artículo 49. Código Civil Federal; artículo 2670.

- Salvaguardar su prestigio profesional. El médico tiene derecho a la defensa de su prestigio profesional y a que la información sobre el curso de una probable controversia, se trata con privacidad, y en su caso a pretender el resarcimiento del daño que se le cause, atendiendo al principio de legalidad y garantía de audiencia.<sup>57</sup>
- Percibir remuneración por los servicios prestados. Como principio general debe quedar claro que ninguna labor se presume gratuita. Tomando en cuenta que ambas partes se benefician con la contraprestación de la otra y que el servicio que brinda el facultativo es el propio de su modo de vida, asistiéndole el derecho de percibir honorarios por la asistencia prestada al enfermo. Lo anterior, de acuerdo a su condición laboral, contractual o a lo pactado con el paciente.<sup>58</sup>

b) Deberes a cargo del personal de la salud.<sup>59</sup>

1. Cumplimiento de la prestación a su cargo. La actividad profesional requerida o contratada por el paciente deberá ser satisfecha en tiempo y forma, conforme a los principios generales que regulan la materia contractual y a los específicos de la actividad destinada a regir. La atención médica deberá ser brindada al enfermo en el momento oportuno y con la diligencia y pericia que las circunstancias de las personas y de lugar así lo determinen. Es cierto que la dimensión de la urgencia y de la premura, difieren según el criterio del médico (libertad prescriptiva); en base a ello para determinar si hubo retardo en el cumplimiento de la prestación profesional, deberá estarse a las circunstancias especiales que rodean cada caso en particular.

---

<sup>57</sup> Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; artículos 14 segundo párrafo, 16 y 17. Ley Reglamentaria del artículo 5º constitucional, relativo al ejercicio de las profesiones; artículos 34 y 35.

<sup>58</sup> Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; artículo 5º. Ley Federal del Trabajo; artículo 56, 82, 83 y 85 Ley Reglamentaria del artículo 5º constitucional, relativo al ejercicio de las profesiones; artículos 24, 31 y 32. Código Civil Federal; artículos 2606 y 2613.

<sup>59</sup> Del Pilar Hernández, María, *Derechos del Personal de la Salud*. Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM, pp. 6-11.

2. Deber de obtener autorización. La autorización del paciente para los procedimientos que se le vayan a realizar, deberá ser requerida en forma expresa y en lo posible en todos los supuestos de cirugías, sean éstas mayores o menores, a excepción que el cirujano se encuentre ante hipótesis de urgencias, en las que sería válido considerar la existencia de consentimiento tácito del enfermo, dirigido a ser asistido e intervenido quirúrgicamente. Lo anterior, en términos de lo dispuesto por los artículos 80, 81, 82 y 83 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. En los supuestos de incapaces de hecho o de derecho, la autorización deberá requerirse a la persona a cargo de la asistencia y cuidado del paciente.

En ese sentido, no se puede desconocer la existencia de situaciones en las que el facultativo debe decidir supliendo la voluntad del paciente, sin dilaciones. Al respecto, es necesario señalar, que el hombre por naturaleza lucha por su conservación y por tanto nada haría suponer que en circunstancias extremas, se negaría a autorizar ese proceder del médico. Cabe mencionar, que en pacientes en estado de demencia permanente o incapacidad, el médico deberá actuar presuponiendo el consentimiento del representante legal. En rigor no son tan habituales los supuestos en los cuales el facultativo actúa presuponiendo el consentimiento del paciente o del representante legal, pero si es frecuente que suceda en la atención de personas víctimas de accidentes, asistidas en estado de inconsciencia, urgencias diversas, shock, así como también, cuando durante el desarrollo del acto quirúrgico al cirujano se le presentan complicaciones no sospechadas con anterioridad y debe ser extensiva la cirugía más haya de lo informado y consentido, por así aconsejarlo el estado de los órganos.

3. Deber de informar y advertir. El médico debe ilustrar al paciente en lenguaje claro y adecuado a su nivel cultural acerca del carácter de su afección y pronóstico esperado; en el supuesto de que el profesional considere que la información no es oportuna para la evolución de la enfermedad del asistido, hará conocer a la persona a cargo del cuidado del paciente, sobre la verdadera dimensión del estado de salud del enfermo.
4. Deber de respetar la voluntad del paciente. En principio, la voluntad del paciente debe ser siempre respetada, salvo que tal determinación redunde en perjuicio grave para su estado de salud.
5. Deber de secreto profesional. El médico debe abstenerse de divulgar un secreto que pueda causar daño, o bien, revelarlo sin justa causa, pues el paciente tiene derecho a la intimidad; es decir, que no se realicen intromisiones necesarias en su ámbito de privacidad.
6. Deber de denunciar delitos. No se viola el secreto profesional al denunciar los delitos de los que se tenga conocimiento en ejercicio de su profesión.
7. Deber de integrar el expediente clínico. El facultativo está obligado a integrar el expediente en forma ordenada y detallando todos los datos y antecedentes del paciente, en él deberán constar la historia clínica, anamnesis, indicación y agregación de estudios complementarios, el diagnóstico, tratamiento o terapia a indicar y la evolución que vaya experimentando el asistido, hojas de enfermería, en caso de cirugía protocolo quirúrgico y anestésico; en términos a lo establecido en la Norma Oficial Mexicana 168-SSA1 del expediente clínico.

### 3. Controversias en la Prestación de Servicios de Salud.

Los medios judiciales de defensa aparecen en el área de los servicios de salud, ante la necesidad de proteger a las personas que resulten afectadas con motivo de la relación jurídica que establezcan con los profesionales que prestan este tipo de servicios.

Para enfrentar las consecuencias de la responsabilidad que puede surgir por la prestación de servicios de salud, existen medios tradicionales e inevitables en determinadas circunstancias: el juicio civil o penal y el procedimiento administrativo, esto según las características del problema. En ese sentido, existen diversos medios para reclamar aquellos casos, en que por mala práctica, se causen daños a los pacientes, esto es mediante el acceso a los tribunales, ante los que se puede llevar el reclamo ya sea por la vía penal, civil, e incluso administrativa. Lo anterior, sin dejar de lado el procedimiento arbitral ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

#### 3.1 Las Autoridades de Procuración e Impartición de Justicia.

##### Tribunales.

Por la vía jurisdiccional civil (procedimiento ordinario civil), la finalidad que relaciona los diversos actos, es la solución de una controversia entre partes que pretenden, en posiciones antagónicas, que se les resuelvan favorablemente sus respectivas reclamaciones, aducidas ante un órgano que ejerce facultades jurisdiccionales.<sup>60</sup>

El desempeño de facultades jurisdiccionales, entraña una aptitud legal para aplicar la norma jurídica general, abstracta e impersonal, a situaciones concretas en controversia, para determinar quién tiene la razón total o parcial, entre las partes que han deducido sus pretensiones ante el órgano estatal facultado para resolver el litigio.

---

<sup>60</sup> Dorantes Tamayo, Luis, *Elementos de Teoría General del Proceso*. Editorial Porrúa, S.A., México, 1993, pp. 13-15.

El órgano jurisdiccional y quienes acuden ante él, desarrollan una actuación preliminar al dictado de un fallo, con el objetivo de resolver la controversia planteada.

El proceso jurisdiccional se refiere al cúmulo de actos regulados normativamente, de los sujetos que intervienen ante un órgano del Estado, con facultades jurisdiccionales, para que se apliquen las normas jurídicas a la solución de la controversia o controversias planteadas.

El proceso se encuentra regulado, por lo que comúnmente se denomina relación jurídica procesal, la cual se refiere al nexo, deber ser que vincula el supuesto normativo con las consecuencias jurídicas. Es decir, deben producirse las consecuencias de derecho, engendradoras de derechos y obligaciones. Siguiendo el modelo del proceso civil, las fases procesales son:<sup>61</sup>

- a) Postulatoria.- Integrada por las actuaciones que fijan la litis (demanda y contestación), que después de admitidas, ya no se pueden alterar o modificar. Los documentos que se deben acompañar a la demanda, son todos aquellos que sirvan para probar alguno o algunos de los hechos en que se basa la misma, como son los que tienden a demostrar la representación del que promueve y la tendencia del derecho que se reclama.
- b) Conciliatoria.- En esta fase, se busca avenir a las partes en conflicto; es decir, es el acto por el cual las partes encuentran solución a sus diferencias.
- c) Probatoria.- Se puede dividir en cuatro periodos: el de ofrecimiento de pruebas, el de admisión o rechazo de éstas, el de preparación de las mismas, y el de su recepción o desahogo. Los medios de prueba, que en general establecen los códigos procesales, son: la confesional, la testimonial, la pericial, la documental, la instrumental, la inspección o reconocimiento judicial, y la presuncional.

---

<sup>61</sup> Dorantes Tamayo, Luis, *op. cit.*, nota 60, pp. 281-287.

- d) Conclusiva.- Esta fase corresponde a los alegatos, los cuales son los argumentos que da cada una de las partes al juez, sosteniendo que la sentencia definitiva que éste dicte, le debe ser favorable, en virtud de que ha probado los hechos en que basó sus pretensiones o sus excepciones, y de que es aplicable al caso concreto el derecho que hizo valer. En esta fase conclusiva, las partes fijan sus puntos de vista jurídicos (es el escrito donde las partes señalan sus conclusiones).
- e) Decisoria.- En esta fase, como su nombre lo indica, el juzgador decide la cuestión de fondo del asunto; dicta la resolución denominada sentencia, laudo o ejecutoria, según la materia de que se trate.

### Ministerio Público.

Por cuanto hace al ámbito penal, en México las conductas consideradas como delictivas, se encuentran contenidas principalmente en el Código Penal, respetándose, por supuesto, la competencia federal y del fuero común, incluso el marco jurídico para el Distrito Federal.

La responsabilidad penal, se refiere a la obligación de responder ante la sociedad y ante los demás (reparación del daño) cuando, por la realización de una conducta determinada, se produzca un resultado tipificado en el código penal como delito. En efecto, el Código Penal Federal en el título primero, capítulo I, artículo 7º, define al delito, como el acto u omisión que sancionan las leyes penales.

El Código Penal Federal, en su título séptimo, establece los delitos contra la salud, por su parte, la Ley General de Salud en el Título Décimo Octavo, establece las medidas de seguridad, sanciones y delitos.

Establecido que los delitos constituyen los hechos más graves en que puede incurrir por acción u omisión, una persona física, porque afectan los bienes jurídicos tutelados, y que por eso mismo, se ha considerado necesario aplicarles las más

severas sanciones de que dispone el derecho, es preciso conocer quiénes pueden ser penalmente responsables de un hecho delictuoso.<sup>62</sup>

Cabe mencionar, que en la prestación de servicios de salud, la manera de incurrir en un delito suele ser inconsciente, como consecuencia de exceso de confianza o superficialidad en el actuar, pues de ninguna suerte, el médico busca deliberadamente ocasionar daño en su paciente, uno de los preceptos fundamentales de la profesión, proveniente de la tradición médica occidental, atribuido a Hipócrates: “*Primum non nocere*” (primero no dañar), actualmente denominado principio de no maleficencia.

Ahora bien, al Ministerio Público corresponde el ejercicio exclusivo de la acción penal, la cual tiene por objeto: pedir la aplicación de las sanciones establecidas en las leyes penales; pedir la libertad de los procesados en la forma y términos que previene la ley, así como pedir la reparación de daño en los términos que establece el código penal.<sup>63</sup>

En esos términos, corresponde al Ministerio Público la integración de la denominada averiguación previa, la cual consiste en la investigación de los hechos, para determinar su naturaleza delictiva y la probable responsabilidad de sus actores y otros participantes.<sup>64</sup>

El Ministerio Público, en caso de resolver que no existe delito que perseguir, dictará resolución de no ejercicio de la acción penal, o bien, puede llevar el caso ante el juez penal que corresponda, cuando estime procedente el ejercicio de la acción penal. Cabe mencionar, que este ejercicio, puede dar lugar a una orden de aprehensión, en caso de que no se encontrara detenido el presunto responsable.

---

<sup>62</sup> García Ramírez Sergio, *La Responsabilidad Penal del Médico*, México, D.F., Editorial Porrúa, UNAM, México, 2001, p. 227.

<sup>63</sup> Código de procedimientos penales para el Distrito Federal, Título preliminar.

<sup>64</sup> Dispone el artículo 21 constitucional, primer párrafo: “*La imposición de las penas es propia y exclusiva de la autoridad judicial. La investigación y persecución de los delitos, incumbe al Ministerio Público ...*”

De manera breve, se describe el procedimiento penal:

Cuando el inculpado se encuentra detenido al integrarse la averiguación previa y ejercerse la acción penal, o mediante el cumplimiento de una orden de aprehensión dictada por el Juez Penal, de inmediato debe ponerse a disposición de éste, para que defina su situación jurídica dentro de las siguientes 72 horas, ya sea decretando su formal prisión o su libertad.

En las primeras 48 horas de dicho plazo, el Juez deberá tomar al inculpado su declaración preparatoria, en la cual le hace saber de qué se le acusa, quién lo acusa y los pormenores de dicha acusación, así como los derechos que le concede la Constitución para designar defensor o que le sea nombrado uno de oficio, ser defendido, solicitar y obtener su libertad bajo caución, de ser procedente; entre otros.

En caso de decretarse la formal prisión del inculpado, aun cuando puede gozar de libertad bajo caución, se seguirá el proceso, en el cual se pueden ofrecer pruebas de cargo y de descargo, para finalizar con la sentencia definitiva en la que el Juez Penal condena o absuelve al procesado.

El desarrollo de las etapas procesales y su sistema de prueba, es similar al mencionado para el juicio civil, a partir de la etapa probatoria, con la particularidad de que también se pueden incorporar como evidencia los careos entre acusador, acusado, y con los testigos, además de que los alegatos se denominan precisamente conclusiones.

### Secretaría de la Función Pública.

La Secretaría encargada de conocer la responsabilidad del personal de salud en materia administrativa (para el caso de que preste sus servicios a una dependencia pública federal), es la Secretaría de la Función Pública.<sup>65</sup>

---

<sup>65</sup>Reforma al artículo 37 de la Ley Orgánica de la Administración, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 10 de abril de 2003.

La responsabilidad de los servidores públicos, en cuanto a esta vertiente, está regulada por el Título Cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Cabe señalar, que el servidor público (como son los médicos y administradores que laboran en hospitales del servicio público) puede ser sujeto de más de un tipo de responsabilidad por una misma conducta: *“El vínculo existente entre el servidor público y el Estado, acorde al sistema constitucional y legal que lo rige, involucra una diversidad de aspectos jurídicos en sus relaciones, entre los que destacan los ámbitos de naturaleza distinta, como son el laboral, en su carácter de trabajador, dado que efectúa una especial prestación de servicios de forma subordinada, el administrativo, en cuanto a que el desarrollo de su labor implica el de una función pública, ocasionalmente el político cuando así está previsto acorde a la investidura, y además el penal y el civil, pues como ente (persona), sujeto de derechos y obligaciones debe responder de las conductas que le son atribuibles, de manera que al servidor público le pueda resultar responsabilidad desde el punto de vista administrativo, penal, civil e inclusive político en los supuestos que establece la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos o la Constitución local correspondiente y así mismo la laboral”*.<sup>66</sup>

Así, por cuanto hace a la responsabilidad administrativa, constitucionalmente, se establecen los principios rectores de la función de los servicios públicos:

Las leyes sobre responsabilidad administrativa de los servidores públicos, determinarán sus obligaciones a fin de salvaguardar la legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia en el desempeño de sus funciones, empleos, cargos, y comisiones; las sanciones, aplicables por los actos u omisiones en que incurran, así como los procedimientos y las autoridades para aplicarlas. Dichas sanciones, además de las que señalen las leyes, consistirán en suspensión, destitución e inhabilitación, así como en sanciones económicas y deberán establecerse de acuerdo con los beneficios económicos obtenidos por el responsable y con los daños

---

<sup>66</sup>Novena época, Tribunales Colegiados de Circuito, *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, tomo X, agosto 1999, tesis: IV, 1º. A. T. 16 A, página 799, materia administrativa, tesis aislada.

y perjuicios patrimoniales causados por sus actos u omisiones a que se refiere la fracción III del artículo 109, pero que no podrán exceder de tres tantos de los beneficios obtenidos o de los daños o perjuicios causados.

La responsabilidad del Estado por los daños que, con motivo de su actividad administrativa irregular cause en los bienes o derechos de los particulares, será objetiva y directa. Los particulares tendrán derecho a una indemnización conforme a las bases, límites y procedimientos que establezcan las leyes.<sup>67</sup>

La Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos, tiene por objeto reglamentar el Título Cuarto Constitucional en materia de: los sujetos de responsabilidad en el servicio público; las obligaciones en el servicio público; las responsabilidades y sanciones administrativas en el servicio público, así como las que se deban resolver mediante juicio político; las autoridades competentes y los procedimientos para aplicar dichas sanciones; las autoridades competentes y los procedimientos para declarar la procedencia del procesamiento penal de los servidores públicos que gozan de fuero y, el registro patrimonial de los servidores públicos.<sup>68</sup>

Brevemente se describe el procedimiento administrativo, respecto de la responsabilidad de los servidores públicos:

En las dependencias y entidades de la Administración Pública, existen unidades específicas, a las que el público tiene fácil acceso para presentar quejas y denuncias por incumplimiento de las obligaciones de los servidores públicos, con las que se iniciará, en su caso, el procedimiento disciplinario correspondiente.<sup>69</sup>

---

<sup>67</sup> Artículo 113, Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

<sup>68</sup> Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos, última reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación el 13 de junio de 2003.

<sup>69</sup> Artículo 49, Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos.

Por cuanto hace al personal de salud en instituciones públicas, la inconformidad generalmente se inicia ante la Secretaría de la Función Pública, quien debe allegarse de los elementos necesarios para la investigación del caso, entre los cuales es imprescindible el expediente clínico, así como el, o los informes, del personal involucrado y del o los superiores jerárquicos, al igual que las declaraciones de testigos, si fuera el caso. La citada investigación tiene como plazo máximo cuarenta y cinco días.

Sobre este punto, es necesario mencionar, que entre las facultades de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, se encuentra emitir dictámenes médicos;<sup>70</sup> Por ello, cuando el área de responsabilidades del Organismo Interno de Control de alguna institución pública de salud, solicita el dictamen a CONAMED, debe remitir el expediente debidamente integrado, para el análisis del caso. Cabe aclarar, que mediante los dictámenes, la CONAMED emite una opinión médica a la autoridad peticionaria; sin embargo no se trata de la resolución del asunto.

En efecto, los peritajes médicos son documentos que se escriben con relación a toda intervención médica, mediante los cuales se pretende aclarar científicamente algún problema médico con el fin de auxiliar a la justicia. Son producto del análisis y discusión razonada del hecho sometido a examen y, en su caso, de las operaciones, valoraciones y experimentos recomendados por la ciencia médica.<sup>71</sup>

En el caso del dictamen médico de CONAMED, consiste en un informe pericial, precisando sus conclusiones respecto de alguna cuestión médica sometida a su análisis, dentro del ámbito de sus atribuciones. Tiene carácter institucional, no emitido por simple perito persona física y no entraña la resolución de controversia alguna; se trata de la apreciación técnica del acto médico, al leal saber y entender de CONAMED, atendiendo a las evidencias presentadas por la autoridad peticionaria.<sup>72</sup>

---

<sup>70</sup>Artículo 4º, Fracción IX del Decreto de Creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 3 de junio de 1996.

<sup>71</sup>Quiroz Cuarón Alfonso, Medicina Forense, México, Ed. Porrúa, 1977, p.172.

<sup>72</sup>Reglamento de procedimientos para la atención de quejas médicas y gestión pericial de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, última reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación el 25 de julio de 2006.

Si la autoridad que esté conociendo el asunto advierte que pudieran existir irregularidades, debe iniciar el procedimiento administrativo en contra del servidor público responsable.

A la audiencia debe asistir un representante de la entidad o dependencia donde labore el servidor público. Desahogadas las pruebas ofrecidas por las partes, se debe resolver dentro de los siguientes treinta días hábiles, si se demostró o no, la actividad administrativa irregular que dio origen al procedimiento. Dictada la resolución, se deberá notificar al servidor público, así como a su superior jerárquico, para efecto de que se ejecute la sanción impuesta.

Cuando se estime grave la irregularidad cometida, el servidor público puede ser suspendido temporalmente. Ahora bien, si al servidor público se le ha suspendido temporalmente de su cargo y no quedó probada responsabilidad alguna durante el procedimiento administrativo, se le debe restituir en su cargo con los mismos derechos y se le cubrirán las percepciones que no se le hayan otorgado durante la suspensión.

Ahora bien, cuando la autoridad determina imponer al servidor público alguna sanción por haber quedado demostradas las irregularidades en que incurrió, debe observarse la gravedad de la responsabilidad, las condiciones socioeconómicas del servidor público, su nivel jerárquico, sus antecedentes y condiciones particulares, las condiciones exteriores, los medios de ejecución, la antigüedad en el servicio, la reincidencia y el monto del beneficio, si lo hubiere; el daño o perjuicios económicos que hayan resultado del incumplimiento de sus obligaciones; igualmente, se debe evaluar la supresión de prácticas que infrinjan la ley.

### 3.2 Medios Alternativos para la Resolución de Controversias.

En la prestación de servicios de salud, el error y la mal *praxis* no son un fenómeno nuevo, sino que hace tiempo se encuentran insertos en la sociedad, siendo uno de los mayores problemas en el campo de la salud que tienen por resolver los países.

El litigio, se refiere al conflicto de intereses, calificado por la pretensión de uno de los interesados y por la resistencia del otro.

El arreglo, solución o composición del conflicto de intereses jurídicos, es una función social que históricamente ha tenido varias desembocaduras:<sup>73</sup>

- a) La primitiva, aunque por infortunio, todavía presente, como en los problemas bélicos, la autodefensa o autotutela, defensa extrajudicial o privada de un derecho, prohibida por la Carta Magna Mexicana en su artículo 17, que en lo conducente señala: "*Ninguna persona podrá hacerse justicia por si misma, ni ejercer violencia para reclamar su derecho...*". Este artículo, evita que por la falta de un juez distinto de las partes, la carencia de un verdadero procedimiento y la imposición del interés propio de una de las partes, generalmente la hegemónica, sacrifica el de la ajena. Esta manera de tratar las cosas, casi siempre abusiva e injusta, impide la realización plena del orden social, del bienestar colectivo, de la paz, de la seguridad jurídica, de la libertad, de la igualdad, de la dignidad humana, de la equidad y de la justicia.
- b) La fórmula más utilizada, para la aplicación de la norma jurídica, ha culminado con el proceso jurisdiccional, al cual se ha hecho referencia ampliamente con anterioridad.
- c) Los equivalentes jurisdiccionales o procesales.

---

<sup>73</sup> Díaz, Luis Miguel, *Arbitraje privatización de la justicia*. Editorial Themis. México, 1991, p. 13.

A partir de la década de los ochenta, en algunos países de América Latina, se generó una toma de conciencia en la opinión pública, sobre la necesidad de modernizar el sistema de administración de justicia para darle mayor credibilidad, transparencia, celeridad e imparcialidad. Entre las medidas diseñadas para realizar estas reformas, se han adoptado los "Medios Alternativos de Solución de Conflictos" también conocidos como "Mecanismos Alternativos de Resolución de Conflictos". Al hablar de estos medios, se hace referencia a procesos de negociación, mediación, conciliación, arbitraje, entre otros, como procedimientos para la resolución de conflictos.

Los medios alternativos de solución de conflictos (MASC) hacen referencia a una amplia gama de mecanismos y procesos destinados a ayudar a los particulares en la solución de sus controversias. Estos medios, no tienen la intención de suplantar la justicia ordinaria, lo que realmente persiguen es complementarla, encontrando el procedimiento que mejor se adapte a la resolución de cada disputa.

A nivel mundial, la situación de crisis de la administración de justicia, ha conducido a la búsqueda de un mejor acceso a la misma, y se ha insistido en la necesidad de impulsar los medios alternativos, a fin de disminuir el número de litigios a los que se enfrentan las instituciones jurisdiccionales.<sup>74</sup>

La resolución alternativa de conflictos, engloba el conjunto de procedimientos que permite resolver un litigio sin recurrir a la fuerza o sin que lo resuelva un juez. Es un mecanismo conducente a la solución de conflictos jurídicos por otras vías que no son la justicia institucional, tradicional u ordinaria. Teniendo en consideración los elementos que concurren, se puede decir que, los mecanismos alternativos de solución de conflictos, son aquellas formas de administrar justicia por medio de los cuales, de manera consensual o por requerimiento, los protagonistas de un conflicto, concurren legítimamente ante terceros a fin de encontrar la solución al mismo,

---

<sup>74</sup> Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal, Informe de Labores, México 2003.

mediante un acuerdo mutuamente satisfactorio, cuya resolución final goza de sustento legal para todos sus efectos.<sup>75</sup>

Por su parte, la Declaración de Canarias establece: *“En ciertas oportunidades y, en relación con materias determinadas, la resolución alternativa de conflictos puede ser positiva para las partes involucradas en el diferendo y, por ende, proyectar los beneficios del sistema a la comunidad en que conviven, como mecanismo de descongestión judicial, instrumento para ampliar el acceso a la justicia”*.<sup>76</sup>

Los medios alternativos para la resolución de controversias, jurídicamente se clasifican en autocompositivos y heterocompositivos. La autocomposición es un género dentro del cual se reconocen tradicional y doctrinariamente varias especies; dos unilaterales o derivadas de un acto singular, y cinco bilaterales o derivadas de un acto plural. Se habla de autocomposición unilateral en el desistimiento y en el allanamiento, y de bilateral en la transacción, negociación, mediación, conciliación y amigable composición.

No obstante, las bilaterales tienen una connotación mixta por la intermediación de un tercero, aún cuando no recaiga en éste, sino en las partes la resolución del conflicto, como se verá más adelante.

El desistimiento, consiste en la renuncia a la pretensión litigiosa por la parte atacante y, en caso de haber promovido el proceso, renuncia de la pretensión formulada por el actor en su demanda o por el demandado en su reconvencción.<sup>77</sup>

El allanamiento, es el acto procesal que implica el sometimiento por parte del demandado o de quien se resiste en el proceso, a las pretensiones de quien

---

<sup>75</sup> Comisión Andina de Juristas [www.cajpe.org](http://www.cajpe.org) Tribunal Supremo de Justicia [www.tsj.gov.ve](http://www.tsj.gov.ve) (Venezuela)

<sup>76</sup> Declaración final de la VI Cumbre Iberoamericana de Presidentes de Cortes y Tribunales Supremos de Justicia, Santa Cruz de Tenerife, 2001.

<sup>77</sup> Alcalá Zamora y Castillo Niceto, *Proceso, Autocomposición y Autodefensa*, UNAM, México, 1970, p. 18.

interpuso la acción. La conducta de allanarse implica reconocer el derecho contrario, ahorra tiempo y gastos innecesarios, lo cual es muestra de buena fe.<sup>78</sup>

La negociación, es el proceso por el cual, dos o más personas, ante un conflicto particular, tratan de ponerse de acuerdo y resolverlo, de tal manera que todos logren satisfacer sus necesidades por consenso, sin la intervención de terceros.<sup>79</sup>

La negociación también ha sido entendida, como ocuparse de resolver asuntos públicos o privados.<sup>80</sup>

Por cuanto hace a la transacción, del latín *transactio*, *transactionis*, significa concluir un negocio,<sup>81</sup> y está regulada en el artículo 2944 del Código Civil para el Distrito Federal, que la define como el contrato por el cual las partes haciéndose recíprocas concesiones, terminan una controversia presente o previenen una futura.

En cuanto a las demás especies autocompositivas, es necesario abundar sobre ellas:

### Conciliación.

Conciliación deriva del latín *conciliatio*: acción y efecto de conciliar; poner de acuerdo a los que estaban opuestos entre sí. Técnicamente, es un procedimiento el cual consiste en proponer a las partes en conflicto una solución, sin imponerla, y aquéllas podrán aceptarla o no. La labor del conciliador es de tercero imparcial, quien colabora con las partes, de modo que puedan arribar a un justo arreglo de derechos e intereses.

---

<sup>78</sup>Urbirn Carpintero, Gonzalo, *El Arbitraje en México*, Ed. Oxford, University Press, primera edición, p. 6.

<sup>79</sup>Fernández Longo, Enrique, "La Negociación", Revista Previnews, año 6, n° 15, Argentina, (AFJP Previnter, S.A.), 1999.

<sup>80</sup>Cabanellas, Guillermo, *El Diccionario Enciclopédico de Derecho Usual*, Ed. Heliasta S.R.L., 21ª Edición, Tomo V, Letra J-O, Buenos Aires, Argentina, p. 534.

<sup>81</sup>Diccionario Jurídico Mexicano. Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM. Décima Edición, Editorial Porrúa México, Tomo P-Z, p. 3123.

Se trata de un acuerdo celebrado entre quienes se encuentran ante un conflicto de intereses, con objeto de evitar un juicio o poner rápido fin a uno ya iniciado (sin correr todos los trámites que en otro caso, serían precisos para concluirlos).<sup>82</sup>

Para Eduardo Pallares,<sup>83</sup> la conciliación es la avenencia que sin necesidad de juicio de ninguna clase, tiene lugar entre partes que disienten acerca de sus derechos en un caso concreto y de las cuales una o las dos, tratan de entablar un pleito, aunque también habría conciliación aun ya promovido el juicio.

Niceto Alcalá Zamora y Castillo, establece a la conciliación en dos sentidos: *“...que, a nuestro entender, o desemboca en fracaso, y no puede reputarse equivalente jurisdiccional, o conduce a una avenencia, y entonces salvo que el juez la dirija, la desnaturalice, actuando no de conciliador, sino de coaccionador, se reducirá a cualquiera de las formas de autocomposición (desistimiento, allanamiento, transacción)”*.<sup>84</sup>

Si se tiene un concepto general de la conciliación, cabe, dentro de la legislación, la jurisprudencia y la doctrina procesal mexicana, marcar un distingo entre dos variantes de ella:<sup>85</sup>

1. Conciliación que claramente cae en el sector de soluciones heterocompositivas, en que la propuesta de solución proviene de un tercero, imparcial, ajeno a las partes (conciliador). En este caso, existen audiencias, en las cuales, el conciliador, examinará las cuestiones relativas a la legitimación procesal y luego procederá a procurar la conciliación, que previamente hubiese preparado al estudiar el

---

<sup>82</sup>Carnelutti, Francesco. *Sistema de Derecho Procesal Civil*, t. I, UTEHA, Buenos Aires, Argentina, 1944, p. 44.

<sup>83</sup>Pallares Eduardo, *Tratado de las Acciones Civiles*, Sexta edición corregida y aumentada; Ed. Porrúa, S.A., México, 1991.

<sup>84</sup>Alcalá Zamora y Castillo, Niceto, *op. cit.*, nota 77, 1970, p. 18.

<sup>85</sup>Tribunal Superior de Justicia del D.F., II Congreso Nacional de Mediación, México, Instituto de Investigaciones Jurídicas UNAM, 2003.

expediente, y propondrá a las partes alternativas de solución al litigio. Si los interesados llegan a un arreglo, si éste procede legalmente, se elabora un convenio de transacción, mismo que tendrá fuerza de cosa juzgada. Es indudable el acierto de establecer una fórmula de conciliación más efectiva que un simple avenimiento, que se deja a la iniciativa de las partes, pues el equivalente jurisdiccional, puede aligerar la pesada y voluminosa carga judicial, toda vez que cada conciliación que se logre, representará un asunto que no distraerá en lo sucesivo a la maquinaria judicial, ni exigirá inútiles o mayores esfuerzos ulteriores a los sujetos en conflicto.

2. En la conciliación, la propuesta de solución, puede ser hecha por una de las partes en conflicto; es decir, autocompositiva, o bien, por mandato del artículo 941 del Código de Procedimientos Civiles del Distrito Federal, en el capítulo de las controversias de orden familiar: *“con la salvedad de las prohibiciones legales a alimentos, el juez deberá exhortar a los interesados a lograr un avenimiento, resolviendo sus diferencias mediante convenio, con el que puede evitarse la controversia, o bien, darse por terminado el procedimiento”*. Cabe mencionar, que en la terminología procesal, la avenencia se toma como sinónimo de conciliación.

Atendiendo a Pallares<sup>86</sup>, se aglutina al árbitro con el avenidor, estableciéndose que la conciliación puede ser auto o heterocompositiva, siendo una función útil de legalidad. Esta función conciliadora, debe ayudar a los particulares, no a prescindir del derecho, sino a encontrar por sí solos, el propio derecho.

En cuanto a las fortalezas de la conciliación, se debe resaltar la capacidad que se le retorna a la comunidad de solucionar problemas, del modo natural que deben resolverse, este es en realidad el gran valor agregado. Además, garantiza totalmente

---

<sup>86</sup> Pallares, Eduardo, *op. cit.*, nota 83, p. 61.

la democratización del acceso a la justicia a patrono o empleado, rico o pobre, pues no hay excepciones de ninguna clase.<sup>87</sup>

### Mediación y Amigable Composición.

La palabra mediación proviene de *mediatio*, entendido como punto equidistante entre dos puntos opuestos, también como interposición, intermediación para favorecer nuevas articulaciones en las relaciones sociales. Se trata de un punto medio entre dos polos, un espacio medio, concreto. La mediación facilita que se encuentre el punto intermedio que ofrece la objetividad; propicia espacios de diálogo abierto sobre el problema de fondo que existe en el conflicto.

Esta forma de resolver controversias, supone una cultura de comunicación, pues pretende facilitar que las personas encuentren posibles soluciones por ellas mismas. La finalidad es restablecer la relación, reducir la hostilidad, propiciar propuestas y soluciones, promoviendo el respeto entre los involucrados.

La mediación, consiste en otra forma de solventar los conflictos de alcance jurídico. Niceto Alcalá Zamora, aparta la mediación del arbitraje, porque el mediador no tiene el amparo de la autorización estatal oportuna. Es decir, la mediación consiste en la solución del conflicto, sin la intervención de un juez o árbitro.<sup>88</sup>

La diferencia entre la conciliación y la mediación consiste en que mientras la conciliación crea posiciones, desde la perspectiva del objeto por decidir, la mediación facilita la comunicación entre las partes, pero no se detiene en el contenido del problema sino en conducir un proceso de interpretación sobre las verdaderas necesidades e interés de los sujetos en conflicto. En la mediación, el mediador se centra más en las personas que en el objeto.<sup>89</sup>

---

<sup>87</sup> Gálvez Norma, Acuerdos y Desacuerdos en Torno a la Conciliación, Colombia, 2001.

<sup>88</sup> Tribunal Superior de Justicia del D.F. *op. cit.*, nota 85, p. 61.

<sup>89</sup> CONAMED, Habilidades Cognitivas para los Procesos de Conciliación, México, 2005.

Por cuanto hace a la amigable composición, el Diccionario Jurídico Mexicano, establece que la voz amigable procede del latín *amicabilis*, que es lo amistoso, propio de amigos, por tanto, es una forma de solucionar conflictos de intereses entre las partes con la intervención de un tercero, sin sujetar sus procedimientos a normas de derecho preestablecidas y sin apearse para la decisión más que a la equidad y la buena fe.

En este mecanismo de solución, el amigable componedor toma la decisión sobre un conflicto, en virtud de un mandato que le ha sido otorgado por las personas envueltas en el conflicto. La actividad de los amigables componedores, surge del acuerdo de voluntades de las partes en un contrato, donde se obligan recíprocamente y determinan a este mecanismo para la composición de las controversias que se susciten entre ellos.

Ahora bien, por cuanto hace a la heterocomposición, ésta es una forma de solución de conflictos que implica la intervención de un tercero ajeno e imparcial al conflicto. Proviene de la voz griega *heteros*, que significa lo que viene de fuera. Lo anterior, quiere decir, que a través de la heterocomposición se resuelve la controversia, mediante una solución que proviene de un tercero ajeno a las partes e imparcial en el conflicto. En la heterocomposición existen dos partes con intereses contrapuestos, pero subordinadas a la decisión que emita un tercero; es decir, su resolución será vinculante (obligatoria) para ambas, e incluso se puede ejecutar en contra de su voluntad. Típicamente en este grupo se encuentra el arbitraje.

### Arbitraje.

Del latín *arbitratus*, arbitrador; arbitraje. Es una forma heterocompositiva; una solución al litigio dada por un tercero imparcial, juez privado o varios, generalmente designados por las partes contendientes.<sup>90</sup>

---

<sup>90</sup> Díaz, Luis Miguel, *op. cit.*, nota 73, p. 57.

Se trata de un procedimiento por el cual, las partes involucradas en un conflicto, tienen voluntad para someter sus diferencias a la decisión de un tercero, con el fin de que éste evalúe, analice y decida sobre el mérito de sus respectivas pretensiones.

El arbitraje, que desde la antigüedad (Grecia y Roma), se empleó para dirimir controversias de repercusiones jurídicas, en la actualidad, es una institución que puede contemplarse, tanto en el derecho internacional, como en el procesal. Basta recordar que es citado, como el inmediato antecedente del proceso jurisdiccional; atendiendo a Arangio Ruiz, se puede señalar que el arbitraje, existía desde el primer período del procedimiento civil romano, la acción de la ley por petición de un juez o de un árbitro (*legis per iudicis arbitrive postulationem*).<sup>91</sup>

En épocas recientes, el arbitraje ha cobrado mayor relevancia, así mismo, se ha incrementado la frecuencia, con la cual se ve favorecido, especialmente en el orden internacional y privado, pues va en aumento, estimándose que se trata de un instrumento práctico y útil, debido a que permite no caer en la avalancha de asuntos que se atienden en tribunales.

El arbitraje se perfila como uno de los instrumentos principales en la solución de conflictos, prueba de ello, es la frecuente incorporación de cláusulas arbitrales en los contratos, sobre todo en los internacionales, pues aunque el arbitraje es empleado en el ámbito interno, en el ámbito internacional constituye, por excelencia, el método de resolución de controversias. El crecimiento del arbitraje, surge como consecuencia de ser cada vez más visto, como el sistema idóneo que otorga a las partes, entre otras cosas, abreviación del tiempo empleado para resolver conflictos.<sup>92</sup>

---

<sup>91</sup>Arangio Ruiz, V., *Las Acciones en el Derecho privado Romano*. Trad. Faustino Gutiérrez-Alviz, Madrid, Revista de Derecho Romano, 1945, pp. 11-20.

<sup>92</sup>Serrate Paz, *Arbitraje y Conciliación desde la óptica de un proyecto de reforma a la nueva ley de arbitraje en Bolivia*, "I Congreso Nacional y Regional sobre Arbitraje y Mediación", 2003.

Otra de las ventajas a favor del arbitraje, es la posibilidad de elección de un auténtico juzgador imparcial seleccionado, calificado (por razones éticas y de preparación profesional), confiable; además de no estar involucrado ni presionado por el cúmulo judicial, así como las potenciales influencias de superiores en la judicatura, o de otros factores tales como la economía de tiempo y trabajo, de igual forma, no propicia publicidad o escándalo de los asuntos; aleja el peligro de las maniobras ilegales o retardatorias de los litigantes. En ese sentido, además se estima factor conveniente del arbitraje, que en él se desarrolla un ritmo procedimental más acelerado que en el proceso judicial. Dicho de otra forma, el arbitraje es un procedimiento que contribuye decisivamente a evitar la acumulación de asuntos en una administración de justicia cada vez más saturada.<sup>93</sup>

En el tema del arbitraje, es necesario referir algunos elementos relacionados con el establecimiento de compromisos de las partes, para la tramitación del procedimiento:<sup>94</sup>

- Cláusula Compromisoria.- Para algunos es un segmento, un apartado de un contrato, en virtud del cual las partes estipulan, que en caso de surgir una contienda jurídica entre ellas, se someterán para su arreglo a un arbitraje. Es obvio que esta cláusula resultado del acuerdo de voluntades de los interesados, es previa al nacimiento del litigio futuro y de su posterior arreglo arbitral.
- Compromiso Arbitral.- Es el acuerdo pactado entre las partes, una vez que ya se suscitó una controversia jurídica entre ellas, para que ésta sea dirimida por medio del arbitraje. En ese sentido, el compromiso es convenido por las partes después de planteado el pleito actual.

---

<sup>93</sup>Centro Europeo del Consumidor en España, "Los Sistemas Alternativos de Resolución de Conflictos en España y en la Unión Europea", Madrid, 2006.

<sup>94</sup>Díaz, Luis Miguel, *op. cit.*, nota 73, p. 16-18.

- Contrato arbitral o contrato de arbitraje.- Es el acuerdo de voluntades entre los contendientes (partes interesadas en la pugna) y el árbitro designado, en el que se consignan las obligaciones y derechos de los árbitros en relación con las partes; como por ejemplo, el plazo para resolver y los honorarios a cubrir.

El procedimiento del arbitraje, reviste ciertas ritualidades, partes y árbitros seguirán los plazos y formas establecidas para los tribunales; los árbitros siempre están obligados a recibir pruebas y oír alegatos, si cualquiera de las partes lo pidiera o no hubieren convenido otra cosa.<sup>95</sup>

La resolución por la que se manifiesta el arbitraje, se denomina laudo (en ocasiones la ley instrumental local mexicana, la equipara con la sentencia, como en el caso de cooperación procesal internacional artículo 605 al 608 del Código de Procedimientos Civiles del Distrito Federal), cuya eficacia depende de la voluntad de las partes o de la intervención judicial, según las diversas variantes que se presenten. La conclusión del proceso arbitral se realiza mediante la emisión del laudo, el cual tiene fuerza de cosa juzgada, y tiene como finalidad absolver o condenar, en términos de lo demostrado por las partes en conflicto durante el juicio arbitral.

### 3.3 Bioética y Deontología.

Al abordar el tema de las controversias en la prestación de servicios de salud, y particularmente lo relacionado con el consentimiento bajo información, como punto de partida, es indispensable referir ciertos elementos de la ética médica:

Ética, deriva del griego *éthos*, que significa costumbre y quiere indicar todo aquello que el uso común ha aceptado, las normas que rigen la convivencia social, y si hablamos de ética profesional, la usamos en el sentido de aquellas costumbres que son admitidas por los que ejercen tal profesión y es norma y obligación ajustarse

---

<sup>95</sup> Artículo 619, Código de Procedimientos Civiles para el Distrito Federal.

a ellas en el desempeño de la misma. Lo ético en su contenido es lo esperable y aprobado por el medio.<sup>96</sup>

Ética: *“Parte de la filosofía que trata de la moral y de las obligaciones del hombre”*, a la moral como: *“Ciencia que trata del bien general, y de las acciones humanas en orden de su bondad o malicia”* y se refiere a la *“cualidad de las acciones humanas que las hace buenas”*.<sup>97</sup>

Partiendo de lo anterior, también es necesario abordar aspectos relativos a la bioética: *“Rama de la filosofía que determina la práctica adecuada, de los actos relacionados con la vida de la persona humana, orientados hacia la preservación de la vida y su calidad, a la luz de los principios morales”*.<sup>98</sup>

Bioética tiene raíz griega: *bios* (vida) y *éthos* (ética). La acuñación de este término, denota su campo de estudio: la reflexión ética sobre la vida humana. Esta disciplina fue iniciada por el profesor Van Rensselaer Potter, Director del Laboratorio McArdle, de la Universidad de Wisconsin, EUA.

La bioética puede ser conceptualizada como la difícil amalgama de la moral, con todo aquello que intervenga en la biología funcional de los seres vivos, especialmente en lo relativo a la vida humana y dignidad de la persona, alcanza importancia capital en medicina.

Es decir, la bioética consiste en el estudio sistemático de la conducta humana en el ámbito de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, contemplada a la luz de los principios y valores morales; reconociéndose la competencia de la bioética en cuatro áreas:<sup>99</sup>

---

<sup>96</sup>Yungano, Responsabilidad Profesional de los Médicos, Argentina, segunda edición, Ed. Universidad, Buenos Aires, 1992.

<sup>97</sup>Real Academia de la Lengua, Diccionario de la Lengua Española, España, 1981.

<sup>98</sup>Aguirre Gas, Héctor, Ética Médica, Consentimiento Informado, Seminario el Ejercicio Actual de la Medicina, Facultad de Medicina, UNAM, México, 2002.

<sup>99</sup>Encyclopedia of Bioethics, vol. I, p. XIX, New York, 1978.

- a) Problemas éticos de las profesiones sanitarias.
- b) Investigación en personas, aunque no sea terapéutica.
- c) Lo relacionado con la intervención sobre la vida de los demás seres vivos (plantas, animales, micro-organismos), y en general lo que se refiere al equilibrio de los ecosistemas (Cosmología).
- d) A los problemas sociales, a las políticas sanitarias y al área del derecho (como un mínimo ético).

En ese sentido, la bioética tiene por finalidad el análisis racional de los problemas morales ligados a la biomedicina y su vinculación con el ámbito del derecho de las ciencias humanas.

Por su parte, la deontología médica, es un elemento de estudio en el campo de la bioética; es decir, se trata de la ética aplicada al ejercicio de la profesión médica, la cual obliga a los profesionales de la salud a buscar lo mejor para cada paciente, individualizando y personalizando la atención médica, revistiéndola de calidad científica y humana.

Etimológicamente, *deontos* significa deber y *logos* tratado, estudio; tiene el significado de tratado o estudio de los deberes, el cual en el campo de la prestación de servicios de salud, debe llevar implícito el respeto a la vida humana y todo lo que concierne al bienestar de los pacientes.

Las orientaciones modernas en el campo de la prestación de servicios de salud, han obligado a nuevos enfoques desde el punto de vista ético, los cuales se han visto reflejados en acuerdos internacionales, como el Código de Nuremberg (elaborado en 1947, establece diez principios fundamentales en relación a la experimentación en seres humanos) y la Declaración de Ginebra (fue adoptada en 1948 por la Asamblea General de la Asociación Médica Mundial en dicha ciudad). El Código Internacional de Ética Médica, Adoptado por la 3ª Asamblea General de la Asociación Médica Mundial, Londres, Inglaterra, octubre 1949. Enmiendas por la 22ª

Asamblea Médica Mundial, Sydney, Australia, agosto 1968, y la 35ª Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre 1983. Así mismo, en algunos países se han desarrollado códigos de ética médica, como es el caso de Argentina, Perú y Colombia. En México, la Secretaría de Salud en el año 2002, publicó un Código de Bioética para el personal de salud.

De igual forma, existen ciertos principios bioéticos, los cuales fundamentan las decisiones del personal de salud. Al hablar de dichos principios, es necesario recordar, la creación por parte del Congreso de los Estados Unidos de una Comisión Nacional encargada de identificar los principios éticos básicos que deberían guiar la investigación con seres humanos en las ciencias del comportamiento y en biomedicina. Esa comisión comenzó a funcionar en 1974 (después de que se acuñara el término “bioética” para designar los problemas éticos planteados por los avances en las ciencias biológicas y médicas), y cuatro años después, en 1978, los comisionados publicaron el llamado *Informe Belmont*, que contenía tres principios: el de autonomía o de respeto por las personas, por sus opiniones y elecciones; el de beneficencia, que se traduciría en la obligación de no hacer daño, de extremar los beneficios y minimizar los riesgos; y el de justicia o imparcialidad en la distribución de los riesgos y de los beneficios. La expresión canónica de los principios se encuentra, sin embargo, en un libro del año 1979, escrito por Tom L. Beauchamp (quien había sido miembro de esta comisión) y James F. Childress. En esta obra, se añade a los anteriores principios uno nuevo, el de no maleficencia y a todos ellos se les da una formulación suficientemente amplia como para que puedan regir no sólo en la experimentación con seres humanos, sino también en la práctica clínica y asistencial.<sup>100</sup>

- ❖ Principio de Beneficencia.- Es la obligación de mantener la preparación científica y, desde ella, buscar lo mejor y más favorable para el enfermo, quien deberá ser informado de los riesgos y beneficios esperados. La beneficencia

---

<sup>100</sup> Vázquez, Rodolfo. *Bioética y Derecho*, 1ª Ed. México, D.F., ITAM, 1999, pp. 64-65.

es un principio relativo, pues para aplicarlo debe contarse con la aceptación del enfermo.

- ❖ Principio de No-maleficencia. Es el deber de no hacer nada malo al enfermo, aunque él mismo lo pida. Es un principio absoluto, pues no debe depender de otra circunstancia, la no-maleficencia sólo depende del que ejecuta la acción.
- ❖ Principio de Autonomía. Tiene su origen en el reconocimiento de la persona como ser individual. Se refiere a la capacidad que tiene el enfermo para conocer y elegir lo que se considere más favorable o beneficioso para sí mismo. Es un principio relativo y subjetivo del paciente, pues significa su derecho en relación con el médico y con la asistencia sanitaria, a elegir, de entre las alternativas que se le ofrezcan, la mejor para él.
- ❖ Principio de Justicia. Bajo este principio, se expresa la convicción y regla general del comportamiento al respetar los derechos de las personas dentro de una igualdad fundamental. Exige tratar a las personas con la misma consideración, sin hacer discriminaciones por algún motivo, no sólo de raza e ideología, sino tampoco por razones de edad, sexo, inteligencia, nivel sociocultural, comportamiento, etc.<sup>101</sup>

Bajo este esquema derivan otros principios, entre los cuales, es necesario destacar:<sup>102</sup>

Principio de Información.- El paciente y en su caso, su representante legal, deben ser informados del efecto adverso, signos de alarma y las prevenciones especiales para el empleo de insumos para la salud.

Principio de razonable seguridad.- En el acto médico, el beneficio esperado siempre deberá ser mayor, respecto del riesgo sufrido.

---

<sup>101</sup> *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford University Press, 3ª ed., 1989.

<sup>102</sup> CONAMED, *Algunos Elementos Esenciales para Comprender el Régimen Jurídico del Acto Médico*, 2006.

Principio de formalidad.- En la atención médica y especialmente en la prescripción de insumos para la salud, habrán de respetarse las formalidades establecidas en las normas sanitarias (expediente clínico, empleo de recetarios idóneos, registros en el partograma, etc.)

De igual forma, como se mencionó en el capítulo que antecede, la Secretaría de Salud y la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, con la participación de distintas instituciones, establecieron la Carta de los Derechos Generales de las y los Médicos, así como la Carta de los Derechos Generales de las y los Pacientes, teniendo entre sus propósitos hacer explícitos los principios básicos, en los cuales debe sustentarse la prestación de servicios de atención médica.

Hay quienes piensan que no existe ninguna relación entre la responsabilidad civil médica y la bioética. Esto si bien en un principio puede ser cierto, pues la bioética como tal se ocupa de cuestiones distintas a la responsabilidad civil, no es menos cierto, que su desarrollo y estudio puede colaborar a desarrollar en mejor forma el ejercicio profesional y la atención en general de los pacientes. Obviamente que ello ayudará a que la prestación médica mejore y de esta manera, al menos en forma mediata, servirá notablemente en la prevención de la mala *praxis*. En otras palabras, el desarrollo de la bioética ayuda a la buena *praxis* médica, y ésta se contrapone a la mala *praxis* que origina responsabilidad civil.

A manera de ejemplo, corresponde al terreno de la bioética todo el desarrollo que ha tenido el respeto a la voluntad del paciente a través del principio de autonomía. Esto a su vez ha llevado a la exigencia del consentimiento informado, el que debe reflejarse también en la documentación médica, para el día de mañana poder acreditarlo en juicio.<sup>103</sup>

---

<sup>103</sup> Vázquez Ferreyra Roberto, Derecho Médico y Mala Praxis, editorial Juris, Argentina, 2000.

### 3.4 Legitimación del Acto Biomédico.

El examen de la legitimidad, es imprescindible en la prestación de servicios de salud. Legitimar, proviene del latín *legitimus*, de *lex*, *legis*; en ese sentido, hablar de legitimación, se refiere al modo de hacer algo conforme la ley lo establece.

Este examen cumple una doble función, pues en primer lugar, se trata de una herramienta metodológica de gran valor para el análisis de la prestación de servicios de salud, la cual permite identificar elementos de mala práctica en casos concretos, y por la otra parte, constituye una guía de ayuda al facultativo para adoptar decisiones correctas durante la atención que brinda al paciente.

Cabe mencionar, que para el análisis de un caso por presunta mala práctica, es imprescindible ajustarse a los elementos objetivos del acto médico, esto se refiere a la valoración de la idoneidad de los medios empleados, pues las distintas acciones durante la prestación del servicio, habrán de incidir tanto en el estado físico, como en la vida del paciente.

Al respecto, el artículo 34 de la Ley Reglamentaria del Artículo 5° Constitucional, relativa al Ejercicio de las Profesiones para el Distrito Federal, ordena respecto de la valoración del acto médico, que es obligatorio analizar, en cada caso concreto:

- Si se procedió correctamente atendiendo a los principios científicos y técnica aplicables al caso y generalmente aceptados dentro de la profesión médica.
- Si dispuso de los instrumentos, materiales y recursos de otro orden que debieron emplearse, atendidas las circunstancias del caso, y el medio en que se prestó el servicio.
- Si en el curso del servicio prestado se tomaron todas las medidas indicadas para obtener éxito.

- Si se dedicó el tiempo necesario para desempeñar correctamente el servicio médico.
- Cualquier otra circunstancia que en el caso especial pudiera haber influido en la deficiencia o fracaso del servicio prestado.

Como se puede notar, la ley obliga al personal de salud a adoptar ciertas medidas necesarias.

Ahora bien, en el examen de legitimidad, deben contemplarse tres elementos objetivos, mismos que emanan del derecho positivo mexicano:

El primer elemento que se debe tener en cuenta, es que el médico está legitimado para actuar, en términos de su derecho al libre ejercicio profesional, el cual encuentra sustento en el artículo 5° Constitucional, mismo que en su parte conducente señala: *“A ninguna persona podrá impedirse que se dedique a la profesión, industria, comercio o trabajo que le acomode, siendo lícitos. El ejercicio de esta libertad sólo podrá vedarse por determinación judicial, cuando se ataquen derechos de tercero, o por resolución gubernativa, dictada en los términos que marque la ley, cuando se ofendan derechos de la sociedad. Nadie puede ser privado del producto de su trabajo, sino por resolución judicial. La ley determinará en cada estado cuáles son las profesiones que necesitan título para su ejercicio, las condiciones que deban llenarse para obtenerlo y las autoridades que han de expedirlo ...”*

Esta disposición garantiza la completa libertad de trabajo, que consiste en a posibilidad de que todas las personas se dediquen al oficio que deseen, siempre que no se afecte a otra persona y se cuente con la autorización respectiva, si se trata de profesionistas.

De ahí deviene una subgarantía constitucional, el régimen de libertad prescriptiva, el cual se refiere a que los profesionales, técnicos y auxiliares de las disciplinas para la salud, deben brindar los servicios su leal saber y entender, en

beneficio del usuario, atendiendo a las circunstancias de modo, tiempo y lugar. Esto significa, que el personal para la salud, puede elegir entre las distintas alternativas aceptadas por la *lex artis*, aquella que a su leal saber y entender, sea la más conveniente para el enfermo.

De igual forma, se deben atender las disposiciones contenidas en el título cuarto de la Ley General de Salud, mismo que establece las bases para el ejercicio de las profesiones, actividades técnicas, auxiliares y de las especialidades para la salud, en relación con la Ley Reglamentaria del Artículo 5° Constitucional, relativa al Ejercicio de las Profesiones en el Distrito Federal, así como las bases de coordinación, entre los sectores educativo y de salud respecto a la formación, capacitación, actualización y desarrollo de los recursos humanos para la salud.

El segundo elemento, se refiere al consentimiento del paciente, pues la relación existente entre el médico y el paciente, amerita la libre aceptación del enfermo.

El deber del médico de obtener el consentimiento bajo información, tiene sus raíces en el respeto a la libertad de autodeterminación del enfermo y en su señorío sobre el propio cuerpo.<sup>104</sup>

Es decir, el médico, como regla general, debe contar en el ejercicio profesional con la decisión informada del paciente, pues cuando omite dar cumplimiento a este requisito, la actividad médica puede ser considerada como arbitraria, con sus consecuencias en lo referente a la responsabilidad que pudiera generarse.

El consentimiento bajo información, es un presupuesto de la *lex artis* y, por tanto, un acto clínico, cuyo incumplimiento puede generar responsabilidad. El principio del respeto de la persona (principio Kantiano), pertenece a una concepción

---

<sup>104</sup> López Miró Horacio G., El Consentimiento Informado Como Obligación de Fines, VII Congreso Internacional de Derecho de Daños, Argentina, 2006.

moral, en la que se dice que la dignidad del ser humano reside en su autonomía moral, y, por tanto, en su libertad (principio de autonomía).<sup>105</sup>

En la actualidad, el derecho del paciente a la autodeterminación y el respeto a la libertad, son factores preponderantes a considerar en la relación médico-paciente, en tal forma que el derecho a la información es una manifestación concreta del derecho a la protección a la salud, a su vez, uno de los derechos personalísimos.

En este orden de ideas, el paciente ha de ser sabedor de los riesgos a que será sometido, de los beneficios esperados, y de las distintas alternativas disponibles, pues de otra forma, el consentimiento sería ineficaz, en términos jurídicos. Más aun, cuando se trate de actos que por su naturaleza requieran carta de consentimiento, será imprescindible su obtención.

El tercer elemento, en la legitimidad del acto biomédico, lo constituye *lex artis* médica: “conjunto de procedimientos, de técnicas y de reglas generales de la profesión”.<sup>106</sup>

El término *lex artis*, literalmente “*ley del arte*”, ley artesanal o regla de la regla de actuación de la que se trate, se ha venido empleando, para referirse a la apreciación sobre si la tarea ejecutada por un profesional es o no correcta, se ajusta o no a lo que debe hacerse; es decir, no es otra cosa, que aquellos mandatos o reglas específicas, que deben ser observados dentro de determinado arte o técnica.

Al respecto, el Reglamento de Procedimientos para la Atención de Quejas Médicas y Gestión Pericial de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, en su artículo segundo refiere lo siguiente:

Principios científicos de la práctica médica (*lex artis* médica).- Conjunto de reglas para el ejercicio médico contenidas en la literatura universalmente aceptada,

---

<sup>105</sup> Galán Cortés JC., El consentimiento informado del usuario de los servicios sanitarios, Madrid, Colex, 1997.

<sup>106</sup> Acosta Ramírez Vicente, *op cit.* 7, p. 380.

en las cuales se establecen los medios ordinarios para la atención médica y los criterios para su empleo.

Principios éticos de la práctica médica.- El conjunto de reglas bioéticas y deontológicas universalmente aceptadas para la atención médica.

La *lex artis ad hoc* es otro de los conceptos esenciales para el Derecho Sanitario y en él descansa la definición del marco general de actuación del profesional, técnico y auxiliar de las disciplinas para la salud.

Sobre el particular se han aportado diversas definiciones, entre ellas destaca la de Luis Martínez Calcerrada que desde el ámbito español ha trascendido al común del derecho sanitario y ha servido para establecer el contexto generalmente aceptado: *“El criterio valorativo de la corrección del concreto acto médico ejecutado por el profesional de la medicina que tiene en cuenta las especiales características de su autor, de la profesión, de la complejidad y trascendencia vital del acto, y en su caso, de la influencia de otros factores endógenos – estado e intervención del enfermo, de sus familiares o de la misma organización sanitaria -, para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida.”*<sup>107</sup>

La *lex artis ad hoc*, se integra en México por:

- a.) La literatura magistral. La empleada en las instituciones de educación superior para la formación del personal de salud.
- b.) La biblio-hemerografía indexada. Es decir, la contenida en publicaciones autorizadas por comités nacionales especializados en indexación y homologación biblio-hemerográfica o instituciones *ad hoc*.
- c.) Las publicaciones emitidas por instituciones *ad hoc*, en las cuales se refieran resultados de investigaciones para la salud.
- d.) Las publicaciones que demuestren mérito científico y validez estadística.
- e.) Los criterios que, en su caso, fije la Secretaría de Salud.

---

<sup>107</sup> CONAMED, *op. cit.*, nota 102.

- f.) Los criterios interpretativos de la *lex artis ad hoc* 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.
- i.) Los criterios emitidos por las comisiones *ad hoc* autorizadas por la Secretaría de Salud (comisiones de investigación, ética y bioseguridad; y de igual suerte los comités internos de trasplantes).

En términos de lo antes expuesto, es necesario señalar, que en la prestación de servicios de salud, el Derecho Sanitario reconoce las obligaciones del personal, fundamentalmente en tres grupos: a) Obligaciones de medios. b) Obligaciones de seguridad. c) Obligaciones de resultados.

Se atribuye a René Demogue la clasificación, pues este tratadista expuso: *“Hay obligaciones que tienden a la obtención de un resultado determinado que deberá lograrse, mientras que otras se refieren solamente a la conducta que el deudor deberá observar en condiciones y dirección determinadas. Las primeras son obligaciones de resultado, las segundas, obligaciones de medios.”*<sup>108</sup>

En el terreno del Derecho Sanitario, la conducta de los profesionales de la salud, debe entenderse en su justa valoración, habida cuenta que se trata de una de las actividades humanas que más riesgo puede originar y proyectar, al incidir directamente sobre la salud y la vida de las personas.

---

<sup>108</sup> Demogue René, *Traité des Obligations en General*, Tomo III, Librairie Arthur Rousseau, Rousseau et Cie., rue Soufflot, 14, París, 1923.

De igual forma, debe entenderse que la medicina es una ciencia rigurosa, pero no exacta, con un plus especial de exposición y riesgo, en la que la atención, la pericia y la reflexión, deben darse en mayor forma que en otras profesiones.

Las obligaciones de medios, son las de mayor importancia en relación a la atención médica, pues siempre son exigibles al personal de salud y consisten en la adopción de medios ordinarios para el diagnóstico y tratamiento (apego a la *lex artis* médica). Así, tanto la legislación como la doctrina, coinciden en que este tipo de obligaciones vinculan, no la promesa de un resultado, sino la exigibilidad de atención médica como tal, criterio universalmente aceptado en el Derecho Sanitario.

La obligación médica frente al paciente, es por regla general, de medios, y excepcionalmente, de resultados, puesto que el profesional sólo compromete observar una conducta diligente (brindar la atención), que procure el restablecimiento, en lo posible, de la salud del enfermo, cuya obtención no se garantiza. En efecto, la naturaleza de la ciencia médica, no permite afirmaciones terminantes o matemáticamente categóricas, y esa característica propia de la medicina, es lo que ha llevado a evaluar las obligaciones de los facultativos como de medios, debido a la imposibilidad de la ciencia para abarcar la infinita variedad de cada persona.

El médico no se compromete a lograr un resultado concreto (la curación definitiva del paciente), sino a emplear todos los medios que le son exigibles (que su propia experiencia y las disciplinas científicas de su profesión ponen a su alcance) para procurar la recuperación en el estado de salud del enfermo.

Así las cosas, en las obligaciones de medios, como el médico no puede prometer un resultado, sólo será responsable cuando actuó sin la pericia, diligencia o el cuidado que la naturaleza de la obligación exigían tener.<sup>109</sup>

---

<sup>109</sup> Starck Boris, Droit Civil –Obligations- Le Contrat, 3ª ed., Roland, Henri, Litec, París, No. 971, 1989.

El paciente espera el resultado y podrá obtenerlo pero no exigirlo, aunque sí puede exigir (según reconoce la legislación) que la atención médica sea prestada con pericia y diligencia.

De igual forma, con arreglo a lo previsto en la Ley General de Salud, el paciente puede exigir que los medios empleados sean los idóneos, en términos de la *lex artis* médica. Artículo 51.- *Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones 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*

Así mismo, conforme al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, el paciente puede exigir el apego del facultativo a los principios éticos de la práctica médica (el conjunto de reglas bioéticas y deontológicas universalmente aceptadas para la atención médica), pues dicho ordenamiento en su Artículo 9°, establece: *“La atención médica deberá llevarse a efecto de conformidad con los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica.”*

En esos términos, la apreciación subjetiva del paciente (que siempre ha de entenderse como la aspiración de recobrar la salud) sólo es un parámetro que sirve para establecer sus necesidades y cualificar su afección, no para calificar la obligatoriedad del resultado y debe contrastarse con las posibilidades científicamente demostradas.

Tratándose de la libertad prescriptiva, sólo pueden emplearse medios aceptados en la *lex artis* médica, para el padecimiento específico. Es decir, los medios, técnicas y procedimientos deben ser aceptados para la atención del padecimiento, de otra forma, la atención médica habrá de ser tenida por ilegítima.

Es importante señalar, que el incumplimiento de las obligaciones de medios no sólo puede ser atribuible al personal de salud, frecuentemente es atribuible al personal directivo, y administrativo de los establecimientos (encargados de suministros,

responsables, entre otros) y por su puesto que también lo es al establecimiento mismo, en tanto persona moral.<sup>110</sup>

Por cuanto hace a las obligaciones de resultados o determinadas, son más bien infrecuentes en cuanto al tratamiento médico, pues difícilmente se puede obligar al personal de salud a obtener un resultado en la atención. No obstante, atendiendo a la legislación vigente, existen casos en los cuales podrá exigirse un resultado, cuando así se haya pactado.

La exigibilidad de resultados, se sustenta esencialmente en los derechos de contratación de las partes. En la práctica, lo que caracteriza este tipo de obligaciones, es el hecho de que el deudor asume el compromiso de conseguir un objetivo o efecto determinado (se debe cumplir lo estrictamente pactado).

Para ejemplificar lo anterior, tratándose de insumos para la salud, éstos deberán suministrarse sin adulteración, alteración, o con fecha de caducidad vencida. De igual forma, en el caso de intervenciones quirúrgicas, la cirugía de resultados es fundamentalmente la de naturaleza estética y son exigibles esta especie de obligaciones, cuando el facultativo hubiere asumido expresamente el resultado, siendo ello posible. Cabe mencionar, que en este grupo están la mayoría de las prestaciones odontológicas.

Por cuanto hace a las obligaciones de seguridad, caracterizadas como el deber de evitar siniestros, esencialmente se refieren al uso correcto y al mantenimiento de aparatos y equipos a fin de evitar accidentes, las cuales son atribuibles no sólo al personal médico, sino extensivas al personal directivo, administrativo y de mantenimiento, así como al establecimiento mismo.<sup>111</sup>

---

<sup>110</sup> Casa Madrid Mata, O.R., La Atención Médica y el Derecho Sanitario. Ediciones JGH, México, 1999, p. 11.

<sup>111</sup> *Ibidem*, p.80

En este orden de ideas, es imprescindible que la prestación de servicios de salud se valore en términos de la *lex artis*, pues la mala práctica, lleva implícitos conceptos de responsabilidad profesional.

### 3.5 Responsabilidad Profesional.

La responsabilidad profesional, es un capítulo dentro de la teoría general de la responsabilidad y sujeta a las normas generales de ésta. La responsabilidad médica constituye, a su vez, capítulo particular de la responsabilidad profesional.<sup>112</sup>

*“La responsabilidad profesional se halla sometida a los mismos principios que la responsabilidad en general, y es aquella en la que incurre el que ejerce una profesión al faltar a los deberes especiales que ésta le impone y requiere, por lo tanto, para su configuración, de los mismos elementos comunes a cualquier responsabilidad civil. Cuando el profesional incurre en la omisión de las diligencias correspondientes a la naturaleza de su prestación, ya sea por impericia o negligencia, falta a su obligación y se coloca en la posición del deudor culpable.”*<sup>113</sup>

En ese sentido, la responsabilidad profesional del médico, se refiere al conjunto de deberes y obligaciones a los que se encuentra sujeto, con motivo de su práctica profesional, y en la cual debe preservar la vida, proteger la salud y respetar la dignidad de la persona.

La actividad profesional del médico, debe realizarse en cumplimiento de las disposiciones sanitarias, así como de las leyes y reglamentos que emanan del texto constitucional, pues estos ordenamientos determinan la responsabilidad profesional en sus aspectos civil y penal. Por lo tanto, como parte de su actuar y de los bienes jurídicos con los que trata, como la salud o la vida, el médico está obligado a cumplir para con sus pacientes con el esmerado deber de cuidado al que lo obliga su

---

<sup>112</sup> Yungano López, *op. cit.* nota 96, p. 24.

<sup>113</sup> Pérez de Leal, Rosana, *Responsabilidad Civil del Médico*, Ed., Universidad, 1995, pp. 34-35.

profesión, con el propósito de otorgar el mayor beneficio al paciente, incluso evitar aquellas consecuencias no deseadas.

Atendiendo al concepto de responsabilidad profesional expuesto, la actuación médica correcta no sólo comprende la aplicación del conocimiento y de la destreza del profesional, sino también el cumplimiento de los deberes impuestos por la *lex artis*, la adecuada aplicación de los recursos tecnológicos, así como la observancia estricta de las normas legales aplicables.

### Aspectos Civiles.

La responsabilidad civil, se define como la obligación de responder ante los demás, por actos propios o de quienes se encuentran a nuestro servicio; se trata de la obligación de resarcir por daños y perjuicios, ocasionados con nuestro actuar o el de nuestros subordinados, por incumplimiento de una obligación.

Se entiende por hecho ilícito, la conducta violatoria del deber jurídico que causa daño. La conducta del responsable, es indebida porque ha violado directamente ese deber impuesto por el ordenamiento (responsabilidad extracontractual) o porque esa violación se ha producido en manera directa, faltando al cumplimiento de una obligación concreta, previamente contraída (responsabilidad contractual). La responsabilidad civil requiere de la concurrencia de los siguientes elementos:<sup>114</sup>

- Hecho ilícito;
- Existencia de daño; y
- Nexo de causalidad entre el hecho y el daño.

El daño ocasionado por caso fortuito o fuerza mayor (acontecimiento extraño; constreñimiento de carácter físico de procedencia natural o metahumana, que impide al sujeto que la recibe conducir su voluntad con relación al resultado que se produce, y aun

---

<sup>114</sup> *Ibidem*, p. 82.

cuando puede preverse, no es factible superarse o vencerse), que excluye la culpa, no dará lugar a responsabilidad, pues no ha podido ser previsto, o bien, porque habiendo sido previsto, no ha podido ser evitado.

De igual forma se excluye la culpa, cuando se demuestra que el daño se produjo como consecuencia de culpa o negligencia inexcusable del paciente.

Ahora bien, siempre debe analizarse la relación de causalidad, que se refiere a las consecuencias de derecho que se producen cuando alguien ha sufrido un daño.

En el acto médico existe causalidad entre el hecho generador y el resultado dañoso, cuando entre ambos medie un actuar del facultativo que implique inobservancia de los deberes de atención y cuidados imputables a título de culpa por acción u omisión. En ese sentido, para que se comprometa la responsabilidad civil del médico, es necesario acreditar la relación de causalidad entre el hecho imputado y el daño atribuido.<sup>115</sup>

La existencia de relación causal entre acto médico y daño experimentado por la víctima, acarreará la responsabilidad del profesional, que se traducirá en la reparación de contenido económico o indemnización por daños y perjuicios.

### Responsabilidad Civil Contractual y Extracontractual.

La responsabilidad civil contractual<sup>116</sup>, resulta del incumplimiento de una obligación nacida de un contrato, sea verbal o escrito. El contrato, es el acuerdo de dos o más personas para crear, transferir, modificar o extinguir obligaciones y derechos; se requiere el consentimiento y un objeto (fin), que pueda ser materia del contrato.

---

<sup>115</sup> Ghersi Rossello, *Derecho y Reparación de Daños*, Ed. Universidad, Argentina, 1999, p. 36.

<sup>116</sup> Dobler López, Irving F., *La responsabilidad en el ejercicio médico*. Ed. El Manual Moderno, México, 2002, pp. 115-121.

El consentimiento es aceptar o aprobar, los hechos o actos materia del contrato y puede ser expreso o tácito. Será expreso, cuando la voluntad se manifieste verbalmente, por escrito, por medios electrónicos, ópticos o por cualquier otra tecnología, o por signos inequívocos. Por su parte, el tácito resultará de hechos o de actos que lo presupongan, o que autoricen a presumirlo, excepto en los casos en que por ley o por convenio, la voluntad deba manifestarse expresamente (Artículo 1803 del Código Civil Federal).

Por cuanto hace al objeto o fin, éste se define como lo que se tiene que dar, hacer o dejar de hacer, siendo esto posible (cuando es factible su realización) y lícito (conforme a las leyes del orden público y las buenas costumbres).

Los contratos tienen fuerza de ley entre las partes contratantes; obligan tanto a lo que se expresa en ellos, como a las consecuencias de la equidad, del uso o la ley que hacen nacer la obligación, según la naturaleza de ésta (artículo 1832 Código Civil Federal).

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

En ese sentido, la responsabilidad civil contractual, resulta del incumplimiento de una obligación nacida de un contrato. Para el alcance del resarcimiento, se estará a lo establecido en el artículo 1910 del Código Civil Federal, el cual, señala: *“El que obrando ilícitamente o contra las buenas costumbres cause daño a otro, está obligado a repararlo, a menos que demuestre que el daño se produjo como consecuencia de culpa o negligencia inexcusable de la víctima”*.

Lo anterior, establece que la indemnización de daños y perjuicios, se impone a quienes en el cumplimiento de sus obligaciones, incurren en negligencia, impericia, dolo o morosidad (cumplimiento diferido por decisión unilateral del obligado); y, además, a cuantos contravengan el tenor de las mismas, cuyo límite se halla, en la pasividad, si consiste en las obligaciones de dar o hacer, y en la actividad contraria a la prohibición, si se trata de una obligación de no hacer.

Dentro del contrato médico, al igual que sus similares que participan de la característica de bilateralidad, emergen deberes tanto para el profesional de la salud como para el paciente, cuya valoración traerá aparejada determinadas consecuencias jurídicas.

Por cuanto hace a la responsabilidad civil extracontractual, ésta se establece como causa de las obligaciones nacidas de delito o cuasidelito. En ciertas condiciones el autor del daño está obligado a repararlo; su responsabilidad es una responsabilidad delictual cuando ha causado intencionalmente el daño y es casidelictual cuando no ha querido el daño. En materia civil, el concepto de ilícito reviste características muy distintas a las consideradas en el derecho penal, el cual será analizado más adelante.

En efecto, el artículo 1915 del Código Civil Federal, señala: *“La reparación del daño debe consistir a elección del ofendido en el restablecimiento de la situación anterior, cuando ello sea posible, o en el pago de daños y perjuicios. Cuando el daño se cause a las personas y produzca la muerte, incapacidad total permanente, parcial permanente, total temporal o parcial temporal, el grado de la reparación se determinará atendiendo a lo dispuesto por la Ley Federal del Trabajo. Para calcular la indemnización que corresponda se tomará como base el cuádruplo del salario mínimo diario más alto que esté en vigor en la región y se extenderá al número de días que para cada una de las incapacidades mencionadas señala la Ley Federal del Trabajo. En caso de muerte la indemnización corresponderá a los herederos de la víctima”*.

El grado de reparación, es la determinación que debe realizar quien tenga la función de delimitar el tipo de afectación sufrido por la persona; es decir, la situación actual en que se encuentra el dañado, si se trata de un caso de muerte, incapacidad total permanente, parcial permanente, total temporal o parcial temporal, y si esta situación, es consecuencia directa de los actos realizados por la persona a la cual se le están atribuyendo los daños sufridos.

En la responsabilidad extracontractual, el criterio de la relación de causalidad ha ido evolucionando del criterio antiguo subjetivo (de auténtica responsabilidad por culpa) al moderno sistema objetivo, aun sin culpa, sin más que el hecho de ser autor del daño o perjuicio. Es decir, el nexo de referencia precisa la concurrencia de ciertos elementos, a saber, el daño causado, la antijuridicidad y la culpabilidad.

### Responsabilidad Objetiva.

La responsabilidad objetiva surgió derivada de la teoría del riesgo creado, postulada por Saleilles y Josserand a fines del siglo XIX; ésta, amplió el ámbito de la responsabilidad civil, al aplicarla no sólo a casos en los que se causa daño, como consecuencia de hechos culposos o realizados con imprudencia, sino también a todo aquel en el que el autor del daño obró lícitamente. Así se fundó la responsabilidad fuera de toda culpa, por el sólo hecho de causar el daño, surgiendo la idea de responsabilidad objetiva por basarse en un hecho material, el causar el daño independientemente de todo elemento subjetivo, pudiendo ser por culpa.<sup>117</sup>

Para fundar la responsabilidad objetiva, se requiere únicamente, que el daño se cause por haber creado un riesgo, a través del empleo de aparatos o substancias que son peligrosos en sí mismos, a pesar de que se hayan utilizado con las precauciones necesarias y se haya causado daño. Lo anterior, originó la sustitución de la idea de culpa por la del riesgo que origina la responsabilidad.

---

<sup>117</sup> Nespeca, Alfredo, *Mala praxis, manual de información para el médico*, Editorial Córdoba, Argentina, 2000, p. 312.

En esos términos, el riesgo creado se convierte en el fundamento de la responsabilidad, sin necesidad del análisis de elementos subjetivos. Lo anterior, encuentra su fundamento legal en el artículo 1913 del Código Civil Federal, el cual señala: *“Cuando una persona hace uso de mecanismos, instrumentos, aparatos o substancias peligrosas por sí mismos, por la velocidad que desarrollen, por su naturaleza explosiva o inflamable, por la energía de la corriente eléctrica que conduzcan o por otras causas análogas, está obligada a responder del daño que cause, aunque no obre ilícitamente.”*

Esta teoría del riesgo creado, ha sido sostenida por juristas y legisladores, para resolver controversias en las que no existió culpa, pero si existió daño.

Para ilustrar lo anterior, se glosa lo establecido en la tesis aislada siguiente:

RESPONSABILIDAD CIVIL OBJETIVA. ANESTESIA, DEBE CONSIDERARSE COMO SUSTANCIA PELIGROSA PARA EL CASO DE.

Si se toma en cuenta que dentro de la descripción que realiza el artículo 1913 del Código Civil, la peligrosidad de las cosas no sólo depende de su naturaleza o características inseparables que les son propias, sino también por la velocidad que desarrollan, por la corriente que conduzcan, por su naturaleza explosiva o inflamable o por otras causas semejantes, de manera que la peligrosidad de las sustancias a que alude el artículo citado, es en razón de la naturaleza funcional de la cosa y no la cosa independientemente de su función; por tanto, la peligrosidad depende la función que cumpla o del fin que realice. Entonces, la anestesia es peligrosa en razón de los efectos que produce, consistentes en la disminución de las funciones vitales, incidiendo medularmente en el sistema cardiovascular, respiratorio y cerebral, pudiendo producir, en algunos casos por sus efectos adversos, hipoxia (falta de oxigenación), por lo que la sustancia denominada anestesia al producir efectos depresores

intensos del sistema nervioso central, es de considerarse peligrosa por el riesgo que origina su funcionamiento.<sup>118</sup>

Precedente: Amparo directo 137/95. Hospital Infantil Privado, S.A. de C.V. 22 de agosto de 1995. Unanimidad de votos. Ponente: *Wilfrido Castañón León*. Secretaria: *Xóchitl Yolanda Burguete López*.

### Aspectos Penales.

Por lo que se refiere al ámbito penal en México, las conductas consideradas como delictivas se encuentran contenidas principalmente en el Código Penal, respetándose por supuesto la competencia federal y estatal, así como el marco jurídico para el Distrito Federal.

Las conductas ilícitas descritas en otros cuerpos legales, destacando la Ley General de Salud y sus reglamentos, son documentos que regulan la actuación institucional y profesional respecto al derecho a la protección a la salud, de acuerdo a lo previsto por el artículo 4° de la Carta Magna.

En ese sentido, la responsabilidad penal se define como la obligación de responder ante la sociedad y ante los demás (reparación del daño) cuando, por la realización de una conducta determinada, se produzca un resultado tipificado como delito.

Se entiende como delito al acto u omisión que, como tal, sancionan las leyes. En el ejercicio de la medicina, la manera de incurrir en un delito suele ser inconsciente, como consecuencia de exceso de confianza o superficialidad en el actuar.

---

<sup>118</sup> PRIMER TRIBUNAL COLEGIADO EN MATERIA CIVIL DEL PRIMER CIRCUITO. Novena Epoca, Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito, Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Parte: II, Noviembre de 1995, Tesis: I.1°.C.11 C, p. 594.

Para la existencia de un delito en el ejercicio profesional existen tres requisitos:

- Una acción u omisión en los actos médicos;
- Un mal o daño efectivo y concreto; y
- Una relación de causa efecto.

En cuanto al los conceptos de acción u omisión, debe mencionarse lo que se conoce como faltas médicas, las cuales son negligencia, impericia e inobservancia de las normas jurídicas;

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

En relación con el segundo requisito que se refiere al daño o mal efectivo y concreto, éste sucede cuando a consecuencia de las faltas anteriores, se presume una complicación derivada de ellas. Ejemplo: la muerte o agravamiento de lesiones.

El tercer requisito (relación de causa-efecto) se da cuando por el resultado de la acción u omisión constituida como falta médica, se produjo un mal efectivo y concreto (daño).

En esos términos, con el conocimiento de los distintos tipos de leyes que existen y de la prevalencia de la ley especial sobre la general, se toma en consideración lo que la Ley General de Salud tipifica como delitos. En efecto, el Capítulo VI, en sus artículos 455 al 472, establece los delitos en que pueden incurrir los profesionales de la salud, en el ejercicio de sus funciones.

Lo anterior, encuentra su fundamento legal en el artículo 6° del Código Penal Federal, el cual establece en su parte conducente: *“Cuando se comenta un delito no previsto en este Código, pero sí en una ley especial o en un tratado internacional de observancia obligatoria en México, se aplicarán éstos ...”*

Es importante mencionar, que las causas de exclusión del delito, se investigan y resuelven de oficio o a petición de parte, en cualquier estado del procedimiento, esto significa que si el órgano encargado de impartir la justicia los detecta durante las investigaciones, los aplicará.<sup>119</sup>

Las penas y medidas de seguridad que se aplican con mayor frecuencia en el delito ocasionado por mala práctica médica, son: prisión; sanción pecuniaria; suspensión o privación de derechos; inhabilitación; destitución o suspensión de funciones o empleo.

Al respecto, la calificación de la gravedad de la culpa queda al prudente arbitrio del juez, quien debe tomar en consideración: la mayor o menor facilidad de prever y evitar el daño que resultó; el deber de cuidado del inculpado que le es exigible por las circunstancias y condiciones personales que le impongan el oficio o actividad que desempeñe.

Así mismo, debe considerar si el inculpado ha delinquirido anteriormente en circunstancias semejantes; si tuvo tiempo para obrar con la reflexión y cuidados necesarios que el caso ameritaba.

En ese orden de ideas, el Código Penal para el Distrito Federal, respecto de actos cometidos por el personal de salud, establece que serán sancionados: omisión de auxilio médico, impedir la salida de un paciente o retener a un recién nacido por adeudos, retardar la entrega de cadáver sin orden de autoridad competente, entre otros.

Por su parte, como se mencionó, la Ley General de Salud establece como delitos aquellos relativos al manejo de agentes patógenos y sustancias tóxicas, tráfico de órganos, manipulación de cadáveres, investigación clínica no autorizada o inseminación artificial ilícita.

---

<sup>119</sup> Artículo 17, Código Penal Federal.

En razón a lo antes expuesto, queda claro que el ejercicio profesional de la medicina, conlleva la gran responsabilidad de actuar conforme a los parámetros establecidos por la *lex artis* médica y los aspectos legales establecidos para tal fin.

### Daño.

El daño es el pivote del deber de responder; este daño siempre debe estar referido a alguien, pues si no hay damnificado, el menoscabo o pérdida se torna jurídicamente irrelevante.

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

Lo anterior, lleva a sostener que no hay responsabilidad sin daño. El daño estará justificado legalmente y, en principio, no surgirá la obligación de responder cuando concurren las causales de *inculpabilidad del agente* (voluntad viciada por error o violencia); *incausalidad* (interrupción del nexo causal por hecho ajeno: caso fortuito, fuerza mayor, o hecho exclusivo de la víctima); y *por justificación del hecho*, ya sea por la ley (estado de necesidad, ejercicio de un derecho o cumplimiento de un deber legal) o por el consentimiento de la víctima.<sup>120</sup>

En nuestra legislación, se encuentra la protección a los bienes materiales, físicos y espirituales, de toda lesión que se les pueda inferir, en cuanto al interés que presenten o estén destinados a satisfacer. Siguiendo a De Cupis,<sup>121</sup> se puede conceptuar a las cosas o bienes, como todo aquello destinado a satisfacer una necesidad, y es en la imposibilidad o en la mengua de la satisfacción de esa necesidad, sobre lo que el daño recae.

---

<sup>120</sup> Bustamante Alsina, Jorge, *Teoría general de la responsabilidad civil*, 3ª ed., Abeledo-Perrot, Argentina, 1999, pp. 50-55.

<sup>121</sup> De Cupis, Adriano, *El daño*. Editorial Bosch, Madrid, España, S.A., pp. 212-215.

Existe daño, cuando se produce deterioro o pérdida de un bien, ocasionándose lesión a un interés jurídico patrimonial. Bustamante Alsina, sostiene que el daño es: *“El menoscabo que experimente el patrimonio por el detrimento de los valores económicos que lo componen, y también la lesión a los sentimientos, al honor y a las afecciones legítimas”*.<sup>122</sup>

Larenz, conceptualiza el daño como: *“El menoscabo que, a consecuencia de un acaecimiento o evento determinado, sufre una persona, ya sea en sus bienes vitales naturales, ya en su propiedad, ya en su patrimonio”*.<sup>123</sup> Cabe mencionar, que esta línea de pensamiento, sostenida por destacados juristas, toma el concepto naturalístico de daño.

Lo antes expuesto, lleva a hablar del *daño resarcible*, el cual no consiste en la lesión misma, sino en sus efectos; es decir, el daño debe consistir en una consecuencia que pueda ser reparada de alguna forma.<sup>124</sup> De tal manera, que las consecuencias del daño, son las que brindarán los parámetros para determinar su extensión y límites.

### Reparación del Daño ocasionado por Mala Práctica.

La responsabilidad comprende la reparación del daño causado y la indemnización de los perjuicios. Esta segunda, alcanza no sólo los que se hubieren causado al paciente, sino también los que se hubiesen irrogado por razón de la mal *praxis* cometida, a su familia o a un tercero.<sup>125</sup>

El menoscabo, la lesión o la minoración, puede afectar dos tipos de intereses (patrimoniales y extrapatrimoniales). Correlativamente, se puede afirmar que sólo existen tres tipos de daños: a) Aquellos que lesionan intereses patrimoniales de las

---

<sup>122</sup> Bustamante Alsina, Jorge, *op. cit.*, nota 120, p. 61.

<sup>123</sup> Larenz, La Relación de Causalidad, Revista Chilena de Derecho, Chile, 2001, p. 303.

<sup>124</sup> Zavala de González, Matilde, *Resarcimiento de daños*. Editorial Hammurabi, Madrid, España, 2002, p. 33.

<sup>125</sup> *Idem*.

personas, o daños materiales, b) Los que vulneran el aspecto físico de las personas, y c) Los que vulneran intereses de orden extrapatrimonial o moral.

El daño que se presente, podrá repercutir en uno de ellos, incluso en los tres, y no existe otro género de daños, ni otra clasificación autónoma de las lesiones, diferente de las tres grandes categorías indicadas.

En el caso de la atención médica, cuando se dejan de observar obligaciones de medios y de resultados, en su caso, causando alguna incapacidad a otro, se está obligado a repararla; a menos que se demuestre que dicha incapacidad, se produjo a consecuencia de culpa o negligencia inexcusable del paciente, caso fortuito o fuerza mayor. Este criterio, se encuentra expresamente en el artículo 2615 del Código Civil Federal, el cual según se mencionó, indica como únicas fuentes de responsabilidad a la negligencia, la impericia y el dolo.

La parte actora debe demostrar:

- a) La mala práctica (negligencia, impericia o dolo en la atención);
- b) La existencia de un efecto adverso, atribuible al actuar del prestador del servicio médico;
- c) Que el efecto adverso nació de la culpa del mismo por negligencia, impericia o dolo, y
- d) La existencia de daños y perjuicios.

Por su parte, el Artículo 35 de la Ley Reglamentaria del Artículo 5° Constitucional, relativa al Ejercicio de las Profesiones para el Distrito Federal, señala: *“Si el laudo arbitral o la resolución judicial en su caso, fueren adversos al profesionista, no tendrá derecho a cobrar honorarios y deberá además indemnizar al cliente por los daños y perjuicios que sufriere...”*

Luego entonces, la reparación del daño, deberá ser determinada atendiendo al grado del daño sufrido (patrimonial, físico o moral), con el propósito de restablecer la situación original, cuando ello sea posible, en términos de la legislación en vigor.

## Daño Patrimonial.

El daño patrimonial, consiste en el menoscabo del patrimonio de una persona, como conjunto de valores económicos y que, por lo tanto, es susceptible de apreciaciones pecuniarias; se trata de la pérdida o disminución de valores económicos.

Se entiende por derechos patrimoniales, aquellos que tienen por objeto o finalidad, la protección de los bienes de una persona que poseen un valor pecuniario. Se entiende que tienen valor pecuniario, aquellos bienes susceptibles de una tasación adecuada en dinero, o que tiene valor de cambio.<sup>126</sup>

El daño patrimonial (material), es aquel que recae sobre el patrimonio, sea en las cosas o bienes que lo componen; es el daño que sufren los bienes económicos destruidos o deteriorados. El daño patrimonial comprende los perjuicios (privación de cualquier ganancia lícita que debiera haberse obtenido con el cumplimiento de la obligación) ocasionados en los valores patrimoniales existentes y además, los que afectan facultades o aptitudes de la persona considerados como fuentes de futuras ventajas económicas (la capacidad de trabajo cuya reintegración se hace por vía de reparación y no de compensación).

En síntesis, el daño patrimonial puede manifestarse de dos formas típicas: como la pérdida o disminución de valores económicos ya existentes, esto es, como un empobrecimiento del patrimonio (daño emergente), o bien como frustración de ventajas económicas esperadas, o sea, como la pérdida de un enriquecimiento patrimonial previsto (lucro cesante).<sup>127</sup> Cabe mencionar, que la mal *praxis* médica, puede producir ambas clases de daño.

---

<sup>126</sup> Enciclopedia Jurídica OMEBA, tomo V, Ed. Driskill, S.A., Buenos Aires, Argentina, p. 356.

<sup>127</sup> *Idem*.

### Daño Físico.

En este tipo de daño, se lesionan verdaderos intereses de la persona como son la salud, la integridad física, la intimidad, el honor, la privacidad, entre otros, afectados como consecuencia inmediata y necesaria de un incumplimiento, que no son equiparables a meras molestias o dificultades.

El daño físico constituye una alteración que se traduce en mengua o deterioro de la armonía corporal, la cual es indemnizable, pues provoca intrínsecamente daños a un bien extrapatrimonial (integridad corporal); el daño físico repercute en las posibilidades económicas del lesionado o sobre la capacidad futura de continuar desarrollando una actividad productiva, mermando sus ganancias. La autoridad competente tiene la obligación de condenar al responsable a pagar la indemnización por daño físico en una sola exhibición. Dicho de otra forma, el monto indemnizatorio es calculado para el presente, pasado y futuro, el cual debe ser pagado en un monto global y final en una sola vez. Es el principio del resarcimiento y la indemnización del daño ya sufrido y del daño futuro.

El artículo 1915 del Código Civil Federal, en su parte conducente, señala: *“Cuando el daño se cause a las personas y produzca la muerte, incapacidad total permanente, parcial permanente, total temporal o parcial temporal, el grado de la reparación se determinará atendiendo a lo dispuesto por la Ley Federal del Trabajo. Para calcular la indemnización que corresponda se tomará como base el cuádruplo del salario mínimo diario más alto que esté en vigor en la región y se extenderá al número de días que para cada una de las incapacidades mencionadas señala la Ley Federal del Trabajo. En caso de muerte la indemnización corresponderá a los herederos de la víctima”.*

Al respecto, el artículo 514 de la Ley Federal del Trabajo, contiene la tabla de evaluación de incapacidades permanentes, en la cual se establecen los porcentajes que el juzgador debe tomar como base, para establecer las indemnizaciones por daño físico.

## Daño Moral.

El daño moral, se refiere a la lesión en los sentimientos personales, en las afecciones legítimas o en la tranquilidad anímica, que no son equiparables a simples molestias.

Los artículos 1916 y 1916 Bis del Código Civil Federal, en su parte conducente establecen:

Artículo 1916.- *“Por daño moral se entiende la afección que una persona sufre en sus sentimientos, afectos, creencias, decoro, honor, reputación, vida privada, configuración y aspectos físicos, o bien en la consideración que de sí misma tienen los demás. Se presumirá que hubo daño moral cuando se vulnere o menoscabe ilegítimamente la libertad o la integridad física o psíquica de las personas. Cuando un hecho u omisión ilícitos produzca un daño moral, el responsable del mismo tendrá la obligación de repararlo mediante una indemnización en dinero”...*

Artículo 1916 BIS.- *“... En todo caso, quien demande la reparación del daño moral por responsabilidad contractual o extracontractual deberá acreditar plenamente la ilicitud de la conducta del demandado y el daño que directamente le hubiera causado tal conducta”.*

Por lo anterior, resulta necesario probar en forma concreta, la existencia de daño moral por parte de quien lo reclama, lo que se encuentra justificado en razón de que los incumplimientos que provocan este tipo de responsabilidad afectan intereses privados.

La reparación del daño moral, consiste en una indemnización, pues el medio compensatorio es económico (en dinero), el cual permite a la víctima algunas satisfacciones en relación con el daño sufrido.

En cuanto al daño moral, no se establece una tabla que especifique las cantidades que deban pagarse, pues la ley deja al libre arbitrio del juzgador, establecer la sanción correspondiente, atendiendo a la magnitud del daño sufrido. El daño moral reclamado, debe surgir de las pruebas que se presenten durante el juicio, y en el supuesto de encontrarse debidamente acreditado, se pueda conceder la indemnización. Es necesario para reclamar el resarcimiento del agravio moral, la prueba efectiva del daño que permita reconocer como viable la pretensión.

Sin embargo, la forma para determinar la indemnización, puede tacharse de vaga y genérica, por la diferencia de opinión que pueda surgir en cada juez.<sup>128</sup> Por ello, se podrían utilizar como soluciones: establecer un criterio objetivo (días de salario); y recibir atención especializada (terapia psicológica). En ambos casos, debe mantenerse como principio fundamental, que la sentencia no enriquezca a la víctima, sino que le proporcione sólo indemnización equilibrada y justa, en relación al daño que se le causó.

### 3.6 Mala Práctica.

La conducta del profesional de la salud que no se efectúa en términos de la *lex artis*, da lugar a la denominada mala práctica.

La mala práctica médica, se refiere a los aspectos negativos que se presentan durante la atención; se trata de los actos iatropatogénicos, agrupados, en términos de la doctrina norteamericana, bajo el género *mal praxis*, el cual también es reconocido por el Derecho Sanitario Mexicano.

Al respecto, es necesario señalar, que siempre se ha querido interpretar el término iatrogenia, como el daño producido al paciente por el médico. El término iatrogenia deriva de “*latros*” que en griego significa médico y de “*Genia*” (génesis) que

---

<sup>128</sup> Mosset Iturraspe, Jorge, *Estudios sobre la responsabilidad por daños*, Rubinzal Culzoni Editores. Buenos Aires, Argentina, pp. 302-309

expresa derivado, producido, engendrado. El término significa por tanto, engendrado o producido por el médico. Clásicamente, y quizás por demasiado tiempo, nos hemos conformado con este significado, el cual por sí mismo dice poco, puesto que el interés no puede quedar atrapado en ese perfil puramente etimológico y formal. Lo que en realidad debe destacarse, es que si el médico ha generado no un hecho nuevo cualquiera, banal e intrascendente, sino que ha creado, con su intervención pretendidamente terapéutica, una nueva situación patológica, por ello debe hablarse de enfermedad iatropatogénica.<sup>129</sup>

Desde el punto de vista jurídico, se ha considerado que la mala práctica deviene por dolo o culpa. En efecto, las especies de la mal *praxis* reconocidas en el derecho mexicano son la negligencia, la impericia y el dolo.<sup>130</sup> Sin embargo, también es aceptado, que el médico no comete un acto por intención dolosa (consenso social legítimo que, en principio, aleja aquella intervención de la órbita penal); es decir, que cuando atiende a un paciente, no lo daña en forma premeditada, pues en su actuar, busca mejorar su estado de salud, pues la actividad del médico está encaminada a preservar la vida, los órganos y su función.

Conforme a lo anterior, en el contexto del acto médico, la culpa se singulariza como una falta, un defecto de la conducta, de la voluntad o del intelecto; una desatención o descuido, carencia de conocimientos científicos necesarios para el caso, o bien de la técnica aplicable. Estas limitaciones, evidencian que no se previó lo que era previsible, o se le previó, pero no se observó la conducta para evitarlo.

Esta noción de culpa se finca sobre un supuesto: quien realiza cierta conducta, está sujeto a determinado deber de cuidado para que su comportamiento alcance los objetivos legítimos y evite las consecuencias ilegítimas.

---

<sup>129</sup> Borges Freddy J., Iatrogenia, Rev. Med. Uruguay 3:58-62, 1987.

<sup>130</sup> Artículo 2615, Código Civil Federal.

El tipo objetivo de los delitos culposos o imprudentes exige la presencia de dos elementos: a) La violación de un deber objetivo de cuidado, plasmado en normas jurídicas, normas de la experiencia, normas de arte, ciencia o profesión, que se encuentran destinadas a orientar diligentemente el comportamiento del individuo. b) La producción de un resultado típico imputable objetivamente al profesionista, por haber creado o incrementado un riesgo jurídicamente relevante que se ha materializado en el resultado lesivo del bien jurídico.

El artículo 2615 del Código Civil Federal, en su parte conducente, señala: *“El que preste servicios profesionales sólo es responsable, hacia las personas a quienes sirve, por negligencia, impericia o dolo...”*

En ese sentido, resulta necesario precisar lo siguiente:

### Negligencia.

Es el incumplimiento de los principios inherentes a la profesión; el facultativo sabiendo lo que debe hacer, no lo hace; es decir, quien teniendo los conocimientos y la capacidad necesaria (pericia), no los ponga al servicio en el momento en que se necesitan.

Se entiende por diligencia el deber que tienen todos los hombres de evitar el daño usando todos los medios posibles; de ahí que la negligencia, es no poner esos medios en la práctica, aun sin intención de perjudicar.<sup>131</sup>

La negligencia, es lo inverso del sentido del deber; indica incumplimiento de elementales principios inherentes a la profesión. Ejemplo: no examinar al paciente o indicar tratamiento por teléfono.<sup>132</sup>

---

<sup>131</sup> Instituto de Investigaciones Jurídicas, Diccionario Jurídico Mexicano, Ed. Porrúa, UNAM, México, 1996. p. 793.

<sup>132</sup> Borges Freddy J., *op. cit.* nota 129.

### Impericia.

Se refiere a la falta de conocimientos técnicos, básicos e indispensables, que se deben tener obligatoriamente en determinada profesión. La impericia, es lo contrario a la pericia, la cual obligatoriamente se debe tener, de acuerdo con el grado profesional.

La impericia expresa falta de conocimiento técnico en determinado acto o profesión. Por ejemplo, efectuar una determinada técnica diagnóstica o terapéutica, sin conocer los detalles esenciales y fundamentales de la misma.<sup>133</sup>

La impericia médica es la falta de pericia, entendiendo por ésta, a la sabiduría, a los conocimientos técnicos, a la experiencia y la habilidad en el ejercicio de la medicina.<sup>134</sup>

De igual suerte, el común de la doctrina jurídica identifica también, dentro de la impericia, a la temeridad, misma que se refiere al sometimiento del paciente a riesgos innecesarios.

### Dolo.

El dolo o mala fe, consiste en la maquinación o artificio para engañar. En estos casos, debe existir la intencionalidad (intención de engañar).<sup>135</sup>

El dolo se caracteriza por la realización del acto prohibido por la ley, o contrario al derecho, esto es también contrario a la moral y a las buenas costumbres, a sabiendas (conciencia de la ilicitud) y con intención de dañar la persona o los derechos de otro (voluntad de causar daño). La culpa se diferencia del dolo, porque en el obrar está ausente la intencionalidad; es decir, que no tiene la voluntad de causar

---

<sup>133</sup> *Ibidem.*

<sup>134</sup> Nespeca, Alfredo, *op. cit.*, nota 117, p. 39.

<sup>135</sup> De Pina Rafael, *Diccionario de Derecho*, Ed. Porrúa, México, 2001, p. 256.

daño; y a su vez, porque existe una omisión de la conducta debida (hacer o dejar de hacer), que de haberse observado hubiese evitado un daño.<sup>136</sup>

Ahora bien, en todos los casos, se debe determinar la causa que produjo el daño y si ésta es imputable al personal de salud, pues como se mencionó al hablar de responsabilidad profesional, es indispensable analizar las consecuencias de derecho que se producen cuando alguien ha sufrido un daño.

---

<sup>136</sup> Nespeca, Alfredo, *op. cit.*, nota 117, p. 38.

## 4. Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

### 4.1 Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

Siendo necesario que la población mexicana contara con mecanismos que, sin perjuicio de la actuación de las instancias jurisdiccionales en la solución de conflictos, contribuyeran a tutelar el derecho a la protección de la salud, así como a mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud, mediante Decreto del Ejecutivo Federal del 3 de junio de 1996, fue creada la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), órgano al cual pueden asistir los usuarios y prestadores de servicios de salud, para dilucidar sus conflictos, bajo el principio de buena fe, y de manera adicional, disminuir las grandes cargas de trabajo para los órganos jurisdiccionales, sin sustituirlos.<sup>137</sup>

En efecto, se trata de un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, con plena autonomía técnica para emitir sus opiniones, acuerdos y laudos, el cual tiene entre sus atribuciones las siguientes:

- Brindar asesoría e información a los usuarios y prestadores de servicios médicos sobre sus derechos y obligaciones.
- Recibir, investigar y atender las quejas que presenten los usuarios de servicios médicos, por la posible irregularidad en la prestación o negativa de servicios.
- Recibir toda la información y pruebas que aporten los prestadores de servicios médicos y los usuarios, en relación con las quejas planteadas y, en su caso, requerir aquéllas otras que sean necesarias para dilucidar tales quejas, así como practicar las diligencias que correspondan.
- Intervenir en amigable composición para conciliar conflictos derivados de la prestación de servicios médicos.

---

<sup>137</sup> Decreto por el que se crea la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, *op. cit.*, nota 70.

- Fungir como árbitro y pronunciar los laudos que correspondan, cuando las partes se sometan expresamente al arbitraje.
- Emitir opiniones sobre las quejas de que conozca, así como intervenir de oficio, en cualquier otra cuestión que se considere de interés general, en la esfera de su competencia.

Elaborar los dictámenes o peritajes médicos que le sean solicitados por las autoridades encargadas de la procuración e impartición de justicia.

CONAMED, no sólo permite atender de manera oportuna las controversias planteadas, sino que propicia mejorar la atención al inducir en los prestadores del servicio, la responsabilidad de actuar correctamente, con apego a los principios de la medicina y la ética, sin descuidar el aspecto humano de la relación con los pacientes, independientemente si lo hace en una institución pública o privada.

Un elemento de importancia, constituye el carácter especializado de la institución, que por su naturaleza, fue creada para atender asuntos en materia de prestación de servicios de salud, por ello, es una instancia positiva y benéfica para la sociedad. Al respecto, Sergio García Ramírez señala: *“Su existencia debe ser vista como algo positivo, tanto por los usuarios de los servicios de salud, que somos todos, como por el gremio médico, que seguramente tiene interés en que mejore la calidad de los servicios”*.<sup>138</sup>

Los servicios brindados son gratuitos, y se rigen por la voluntad de los involucrados, quienes expresamente deciden someter su controversia al proceso arbitral, el cual se realiza con absoluta imparcialidad, garantizando los derechos de las partes.

---

<sup>138</sup> García Ramírez Sergio “CONAMED: Una institución con autoridad moral”. Revista CONAMED, México. Año 1. No. 3, 1997.

CONAMED ha promovido la creación de 28 Comisiones Estatales en el país: Aguascalientes, Baja California, Baja California Sur, Campeche, Chiapas, Coahuila, Colima, Guanajuato, Guerrero, Jalisco, México, Michoacán, Morelos, Nayarit, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Tamaulipas, Tlaxcala, Veracruz, Yucatán, Zacatecas.

Cabe mencionar, que las citadas Comisiones fueron creadas con autonomía, y se coordinan para aplicar el modelo arbitral a través del Consejo Mexicano de Arbitraje Médico.

En efecto, ante la necesidad de estrechar los mecanismos de colaboración y coordinar acciones entre las Comisiones Estatales y CONAMED, para avanzar en la homologación de criterios y procedimientos que permitieran presentar al arbitraje médico como un proceso integral de servicio, se creó el Consejo Mexicano de Arbitraje Médico.

Por otra parte, en 1997 se suscribieron las Bases de Coordinación con el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, a fin de agilizar la atención de controversias. Así mismo, en 2002 se actualizaron las citadas Bases con el fin de establecer las reglas generales, para la atención de controversias con la intervención de las Comisiones Estatales de Arbitraje Médico y las Delegaciones del ISSSTE en los Estados de la República.

De igual forma, en 1998 se suscribieron las Bases de Coordinación con el Instituto Mexicano del Seguro Social, las cuales fueron actualizadas en el año 2000, por la razón mencionada en el párrafo anterior.

En CONAMED de 1996 a 2006 se atendieron 164,111 asuntos, de estos 28,894 se resolvieron mediante asesoría especializada, 6,587 a través de gestión inmediata 7,980 por conciliación, los compromisos establecidos en este último fueron principalmente: atención médica, reembolso, indemnización, explicación médica,

trámite administrativo, entre otros. Así mismo, durante el citado período, se emitieron 347 laudos. Lo anterior, se ilustra con el cuadro siguiente:

### MODALIDAD DE CONCLUSION DE ASUNTOS ATENDIDOS 1996-2006

MODALIDAD	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	TOTAL
Orientaciones	0	0	13665	11695	10342	7537	9071	17864	14696	11141	12260	108271
Asesorías	1597	1935	2017	1850	1672	2464	2849	3145	3060	4126	4179	28894
Gestiones Inmediatas	72	352	468	579	692	738	862	941	698	594	591	6587
Conciliación	309	750	742	809	947	763	568	704	801	782	805	7980
Laudos	0	12	29	43	29	33	19	29	35	55	63	347
No Conciliación	92	532	543	624	854	592	380	318	334	523	428	5220
Falta de Interés Procesal	75	142	93	129	154	138	114	216	281	201	207	1750
Irresoluble	117	110	32	19	3	17	31	42	57	47	40	515
Enviada a Comisión Estatal	0	0	0	19	10	3	2	0	0	0	1	35
Dictámenes	44	138	275	554	742	473	664	443	431	425	323	4512
<b>TOTAL</b>	<b>2306</b>	<b>3971</b>	<b>17864</b>	<b>16321</b>	<b>15445</b>	<b>12758</b>	<b>14560</b>	<b>23702</b>	<b>20393</b>	<b>17894</b>	<b>18897</b>	<b>164111</b>

Fuente: Sistema de Atención de Quejas Médicas (SAQMED). Sistema de Estadística CONAMED.

La distribución de asuntos por entidad federativa fue la siguiente:

## QUEJAS CONCLUIDAS POR ENTIDAD FEDERATIVA 1996-2006

ENTIDAD FEDERATIVA	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	TOTAL
AGUASCALIENTES	0	8	9	9	23	45	42	29	29	26	22	242
BAJA CALIFORNIA	10	31	21	18	24	14	22	16	13	10	15	194
BAJA CALIFORNIA SUR	1	4	2	3	6	6	8	1	8	7	2	48
CAMPECHE	0	5	4	2	6	4	3	2	5	9	17	57
CHIAPAS	1	19	7	14	19	8	15	11	13	21	26	154
CHIHUAHUA	2	18	12	12	26	35	15	26	31	17	28	222
COAHUILA	6	8	9	8	20	17	16	11	7	16	13	131
COLIMA	2	10	5	3	6	5	3	14	9	18	16	91
DISTRITO FEDERAL	358	732	873	1041	1182	828	586	800	917	971	894	9182
DURANGO	2	14	6	12	15	13	8	11	9	11	6	107
EDO. DE MEXICO	122	280	165	174	214	168	142	138	161	187	158	1909
GUANAJUATO	9	60	40	45	54	54	40	35	59	47	41	484
GUERRERO	5	23	12	15	15	19	8	10	17	18	13	155
HIDALGO	6	22	20	21	18	22	9	21	15	14	12	180
JALISCO	14	50	31	37	62	57	23	15	9	15	9	322
MICHOACAN	8	28	21	16	25	9	8	2	6	8	14	145
MORELOS	4	9	17	11	16	21	9	9	2	11	11	120
NAYARIT	0	0	2	1	3	5	4	1	6	14	21	57
NUEVO LEON	3	20	10	11	23	15	16	17	10	9	14	148
OAXACA	2	22	18	6	19	14	11	8	10	10	6	126
PUEBLA	6	29	15	31	29	15	8	14	21	22	13	203
QUERETARO	4	30	25	35	22	13	5	7	9	15	23	188
QUINTANA ROO	1	4	9	2	8	9	8	8	12	12	13	86
SAN LUIS POTOSI	8	18	21	11	29	26	4	18	16	14	22	187
SINALOA	1	10	5	4	9	12	9	5	21	8	10	94
SONORA	3	16	9	13	24	18	15	14	12	16	18	158
TABASCO	2	6	8	14	25	14	20	10	11	12	15	137
TAMAULIPAS	4	18	12	23	13	18	11	15	12	18	12	156
TLAXCALA	3	4	4	3	10	4	2	7	10	10	11	68
VERACRUZ	5	41	35	37	41	46	36	28	27	23	44	363
YUCATAN	0	2	10	7	6	5	8	0	14	12	20	84
ZACATECAS	1	5	2	4	5	7	0	6	7	7	5	49
Total	593	1546	1439	1643	1997	1546	1114	1309	1508	1608	1544	15847

Fuente: Sistema de Atención de Quejas Médicas (SAQMED). Sistema de Estadística CONAMED.

Las quejas recibidas en el período 1996-2006 fueron 16,690, correspondiendo 67.8% a servicios públicos incluyendo los de seguridad social, 26.6% servicios privados, 4.9% otros servicios y 0.7% asistencia social:

**QUEJAS RECIBIDAS  
1996-2006**

PRESTADOR DEL SERVICIO	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	TOTAL
IMSS	620	606	669	821	926	803	655	745	801	873	841	8360
ISSSTE	243	248	256	314	302	173	126	227	219	237	282	2627
PEMEX	11	15	20	15	23	18	15	17	18	24	25	201
SEDENA	5	1	0	1	8	0	4	5	5	2	4	35
ISSSTE ESTATAL	0	11	4	3	3	1	3	2	1	0	3	31
SERVICIOS MEDICOS METRO	0	1	0	1	4	1	3	3	4	2	4	23
SERVICIOS MEDICOS POLICIA AUXILIAR	0	0	0	1	6	4	1	2	1	1	1	17
ISSEMYM	6	7	1	0	0	0	0	0	0	0	0	14
SEDEMAR	0	3	0	1	0	0	1	1	2	1	3	12
SERVICIOS MEDICOS POLICIA BANCARIA	0	0	0	0	0	3	2	1	1	2	0	9
SERVICIOS MEDICOS DE PENSIONES CIVILES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
POBLACION ABIERTA	192	368	452	460	539	417	322	430	421	428	414	4443
SERVICIOS PRIVADOS	79	83	88	93	99	56	38	71	66	85	74	832
HOSPITALES FEDERALES DE LA SECRETARÍA DE SALUD	58	53	59	56	50	36	21	35	36	45	42	491
GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL (G.D.F.)	15	15	19	16	27	11	7	26	17	30	21	204
SERVICIOS ESTATALES DE SALUD	6	15	10	21	22	9	10	10	13	10	11	137
SERVICIOS MEDICOS INSTITUCIONES UNIVERSITARIAS	0	2	2	10	4	2	2	10	6	6	5	49
DIF	1	1	1	29	1	0	0	0	0	0	0	33
SERVICIOS MÉDICOS DE LA SEP	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3
<b>TOTAL</b>	<b>1158</b>	<b>1347</b>	<b>1494</b>	<b>1749</b>	<b>1915</b>	<b>1478</b>	<b>1172</b>	<b>1514</b>	<b>1545</b>	<b>1661</b>	<b>1657</b>	<b>16690</b>

FUENTE: Sistema de Atención de Quejas Médicas (SAQMED). Sistema de Estadística CONAMED.

Los siguientes tres cuadros, ilustran la distribución de quejas recibidas y concluidas, así como su distribución por tipo de prestador y por entidad federativa:

QUEJAS RECIBIDAS POR ENTIDAD FEDERATIVA 1996-2006												
ENTIDAD FEDERATIVA	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	TOTAL

AGUASCALIENTES	3	7	9	16	31	44	36	31	28	30	18	253
BAJA CALIFORNIA	26	22	18	25	20	13	25	12	13	17	16	207
BAJA CALIFORNIA SUR	2	4	1	5	7	6	5	5	9	4	1	49
CAMPECHE	2	4	3	3	7	4	2	3	5	15	16	64
CHIAPAS	7	20	8	14	16	7	14	15	21	25	32	179
CHIHUAHUA	10	13	13	17	37	23	18	33	26	20	32	242
COAHUILA	10	7	9	14	20	14	13	11	17	10	18	143
COLIMA	7	7	4	2	9	4	13	4	16	23	12	101
DISTRITO FEDERAL	565	675	937	1062	1104	843	636	939	904	993	944	9602
DURANGO	10	7	8	12	17	12	12	9	10	8	6	111
EDO. DE MEXICO	221	261	144	188	189	164	144	159	186	174	196	2026
GUANAJUATO	38	43	43	53	50	48	41	53	47	49	47	512
GUERRERO	17	13	13	18	20	11	10	14	16	17	12	161
HIDALGO	18	20	17	20	21	18	7	26	14	15	11	187
JALISCO	42	35	34	47	60	43	18	15	10	14	8	326
MICHOACAN	26	18	15	27	18	7	4	5	10	11	10	151
MORELOS	9	8	14	16	23	12	11	4	4	13	13	127
NAYARIT	0	0	2	3	3	5	3	0	11	23	11	61
NUEVO LEON	11	14	11	17	21	16	20	10	10	8	28	166
OAXACA	9	18	16	10	22	11	13	3	13	9	10	134
PUEBLA	19	18	24	32	22	13	10	22	20	20	24	224
QUERETARO	16	26	31	28	19	11	7	7	13	16	17	191
QUINTANA ROO	4	6	5	3	12	8	5	11	13	12	12	91
SAN LUIS POTOSI	17	17	18	15	32	15	10	15	19	19	33	210
SINALOA	7	5	4	8	10	9	9	20	7	15	5	99
SONORA	12	10	13	13	28	15	13	14	16	13	30	177
TABASCO	4	8	8	18	21	25	11	7	13	12	19	146
TAMAULIPAS	12	16	20	14	13	15	16	14	18	13	10	161
TLAXCALA	5	3	4	5	7	4	4	10	10	10	10	72
VERACRUZ	24	34	37	36	42	48	35	27	24	34	32	373
YUCATAN	1	6	8	4	7	6	6	9	13	15	18	93
ZACATECAS	4	2	3	4	7	4	1	7	9	4	6	51

TOTAL	1158	1347	1494	1749	1915	1478	1172	1514	1545	1661	1657	16690
-------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	-------

Fuente: Sistema de Atención de Quejas Médicas (SAQMED). Sistema de Estadística CONAMED.

## QUEJAS RECIBIDAS 1996-2006

PRESTADOR DEL SERVICIO	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	TOTAL
IMSS	620	606	669	821	926	803	655	745	801	873	841	8360
ISSSTE	243	248	256	314	302	173	126	227	219	237	282	2627
PEMEX	11	15	20	15	23	18	15	17	18	24	25	201
SEDENA	5	1	0	1	8	0	4	5	5	2	4	35
ISSSTE ESTATAL	0	11	4	3	3	1	3	2	1	0	3	31
SERVICIOS MEDICOS METRO	0	1	0	1	4	1	3	3	4	2	4	23
SERVICIOS MEDICOS POLICIA AUXILIAR	0	0	0	1	6	4	1	2	1	1	1	17
ISSEMYM	6	7	1	0	0	0	0	0	0	0	0	14
SEDEMAR	0	3	0	1	0	0	1	1	2	1	3	12
SERVICIOS MEDICOS POLICIA BANCARIA	0	0	0	0	0	3	2	1	1	2	0	9
SERVICIOS MEDICOS DE PENSIONES CIVILES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
POBLACION ABIERTA	192	368	452	460	539	417	322	430	421	428	414	4443
SERVICIOS PRIVADOS	79	83	88	93	99	56	38	71	66	85	74	832
HOSPITALES FEDERALES DE LA SECRETARÍA DE SALUD	58	53	59	56	50	36	21	35	36	45	42	491
GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL (G.D.F.)	15	15	19	16	27	11	7	26	17	30	21	204
SERVICIOS ESTATALES DE SALUD	6	15	10	21	22	9	10	10	13	10	11	137
SERVICIOS MEDICOS INSTITUCIONES UNIVERSITARIAS	0	2	2	10	4	2	2	10	6	6	5	49
DIF	1	1	1	29	1	0	0	0	0	0	0	33
SERVICIOS MÉDICOS DE LA SEP	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3
<b>TOTAL</b>	<b>1158</b>	<b>1347</b>	<b>1494</b>	<b>1749</b>	<b>1915</b>	<b>1478</b>	<b>1172</b>	<b>1514</b>	<b>1545</b>	<b>1661</b>	<b>1657</b>	<b>16690</b>

FUENTE: Sistema de Atención de Quejas Médicas (SAQMED). Sistema de Estadística CONAMED.

## QUEJAS CONCLUIDAS POR ENTIDAD FEDERATIVA 1996-2006

ENTIDAD FEDERATIVA	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	TOTAL
AGUASCALIENTES	0	8	9	9	23	45	42	29	29	26	22	242
BAJA CALIFORNIA	10	31	21	18	24	14	22	16	13	10	15	194
BAJA CALIFORNIA SUR	1	4	2	3	6	6	8	1	8	7	2	48
CAMPECHE	0	5	4	2	6	4	3	2	5	9	17	57
CHIAPAS	1	19	7	14	19	8	15	11	13	21	26	154
CHIHUAHUA	2	18	12	12	26	35	15	26	31	17	28	222
COAHUILA	6	8	9	8	20	17	16	11	7	16	13	131
COLIMA	2	10	5	3	6	5	3	14	9	18	16	91
DISTRITO FEDERAL	358	732	873	1,041	1,182	828	586	800	917	971	894	9182
DURANGO	2	14	6	12	15	13	8	11	9	11	6	107
EDO. DE MEXICO	122	280	165	174	214	168	142	138	161	187	158	1909
GUANAJUATO	9	60	40	45	54	54	40	35	59	47	41	484
GUERRERO	5	23	12	15	15	19	8	10	17	18	13	155
HIDALGO	6	22	20	21	18	22	9	21	15	14	12	180
JALISCO	14	50	31	37	62	57	23	15	9	15	9	322
MICHOACAN	8	28	21	16	25	9	8	2	6	8	14	145
MORELOS	4	9	17	11	16	21	9	9	2	11	11	120
NAYARIT	0	0	2	1	3	5	4	1	6	14	21	57
NUEVO LEON	3	20	10	11	23	15	16	17	10	9	14	148
OAXACA	2	22	18	6	19	14	11	8	10	10	6	126
PUEBLA	6	29	15	31	29	15	8	14	21	22	13	203
QUERETARO	4	30	25	35	22	13	5	7	9	15	23	188
QUINTANA ROO	1	4	9	2	8	9	8	8	12	12	13	86
SAN LUIS POTOSI	8	18	21	11	29	26	4	18	16	14	22	187
SINALOA	1	10	5	4	9	12	9	5	21	8	10	94
SONORA	3	16	9	13	24	18	15	14	12	16	18	158
TABASCO	2	6	8	14	25	14	20	10	11	12	15	137
TAMAULIPAS	4	18	12	23	13	18	11	15	12	18	12	156
TLAXCALA	3	4	4	3	10	4	2	7	10	10	11	68
VERACRUZ	5	41	35	37	41	46	36	28	27	23	44	363
YUCATAN	0	2	10	7	6	5	8	0	14	12	20	84
ZACATECAS	1	5	2	4	5	7	0	6	7	7	5	49
<b>TOTAL</b>	<b>593</b>	<b>1546</b>	<b>1439</b>	<b>1643</b>	<b>1997</b>	<b>1546</b>	<b>1114</b>	<b>1309</b>	<b>1508</b>	<b>1608</b>	<b>1544</b>	<b>15847</b>

Fuente: Sistema de Atención de Quejas Médicas (SAQMED). Sistema de Estadística CONAMED.

### Modelo Mexicano de Arbitraje Médico.

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico, durante su desarrollo ha ajustando progresivamente el modelo de atención de controversias, mediante la integración del proceso arbitral en tres etapas: inicial, conciliatoria y decisoria, hasta alcanzar un proceso integral, estandarizado, que permita satisfacer las expectativas de sus usuarios. En efecto, para el desarrollo del proceso, es necesario tener en cuenta lo siguiente:<sup>139</sup>

#### Orientación.

Se realizan acciones de orientación, para atender los planteamientos que los ciudadanos formulan de manera personal, telefónica o mediante correo electrónico, sobre diversos aspectos que van desde información general (datos sobre ubicación, quehacer y alcances de CONAMED), requisitos para presentar inconformidades, información para realizar trámites ante instituciones de seguridad social en asuntos como incapacidades o pensiones, hasta criterios para elegir médicos y/o clínicas u hospitales privados.

#### Asesoría Especializada.

Se refiere a las acciones de asesoría médico-legal que se brindan a los ciudadanos, las cuales están relacionadas con la prestación de servicios de salud. Las asesorías, constituyen un verdadero filtro para la selección de asuntos procedentes; es decir, evitan que se atiendan casos sin fundamento, los cuales no tendrían posibilidad de solución y generaría falsas expectativas en los usuarios.

#### Gestión inmediata.

Cuando debido al estado de salud del paciente, se debe obtener pronta intervención para la solución de la controversia, o bien, porque las pretensiones para

---

<sup>139</sup> CONAMED, Modelo Mexicano de Arbitraje Médico, 1ª edición, México, 2003. pp. 153-156.

dirimirla se refieren exclusivamente a solicitud de atención médica o de información, CONAMED interviene, para que mediante su gestión, se atiendan las necesidades de atención o de información del paciente, resolviendo así el conflicto o previniendo uno mayor. Con esta modalidad, se ha logrado la resolución de asuntos en un plazo menor a 48 horas.

#### Proceso arbitral.

El proceso arbitral, se refiere al conjunto de actos procesales y procedimientos, que se inician con la presentación y admisión de una queja, y terminan por alguna de las causas establecidas en el Reglamento de Procedimientos para la Atención de Quejas Médicas y Gestión Pericial de CONAMED.

Por lo anterior, cuando se desprende la existencia de negativa del servicio o irregularidades en su prestación, se procede a la admisión de la queja, y dada la naturaleza civil del arbitraje médico, la tramitación debe ser con arreglo a la voluntad de las partes.

#### Etapas conciliatorias.

Al prestador del servicio médico, se le informa la naturaleza y alcances del proceso arbitral, así como las vías existentes para la solución de la controversia, debiéndose obtener su aceptación para el trámite arbitral.

El prestador del servicio a partir de la aceptación, dispone de nueve días hábiles para presentar su informe, el cual debe contener la contestación de la queja y el resumen clínico del caso.

A efecto de promover la avenencia de las partes, CONAMED después de la revisión del asunto, efectúa audiencia conciliatoria, mediante la cual, propone a los involucrados vías de arreglo, que de ser aceptadas, originan la suscripción de un instrumento (convenio o contrato de transacción, desistimiento de la acción o finiquito

correspondiente) en el que se expresan las contraprestaciones que se pacten, siempre y cuando no sean contrarios a derecho.

### Etapa decisoria.

En los casos que no se logra la conciliación, se plantea la continuación del proceso a la etapa decisoria, en la cual, mediante el juicio arbitral, CONAMED resuelve el fondo del asunto, atendiendo a las reglas del derecho, a los puntos debidamente probados por las partes, así como al cumplimiento de los principios científicos y éticos de la práctica médica.

En la etapa decisoria, las partes suscriben el compromiso arbitral, se trata del acuerdo por el que designan a CONAMED para resolver la controversia; en este documento, se establece el objeto del arbitraje, así como las reglas del procedimiento, durante el cual las pruebas aportadas en que conste la atención brindada, son valoradas en su conjunto.<sup>140</sup>

Transcurrido el término fijado por las partes para el ofrecimiento de pruebas, se realiza la audiencia arbitral y se fija término para el período de alegatos. Cabe mencionar, que CONAMED puede intentar la avenencia de las partes, hasta antes de la emisión del laudo.

La etapa decisoria concluye con la emisión del laudo (pronunciamiento definitivo, por medio del cual se resuelve la controversia). CONAMED realiza el seguimiento de los compromisos derivados de la emisión del laudo arbitral, hasta su cumplimiento.

Es importante mencionar, que el cumplimiento de convenios y laudos es del 96%, según lo señala el reporte de indicadores de gestión de la Institución.<sup>141</sup>

---

<sup>140</sup> Reglamento de Procedimientos para la Atención de Quejas Médicas y Gestión Pericial, *op cit.*, nota 72.

<sup>141</sup> Sistema de Atención de Quejas Médicas (SAQMED). Sistema de Estadística CONAMED.

#### 4.2 Metodología para Análisis de Casos en CONAMED.

Para el análisis de la prestación de servicios de salud, es imprescindible contar con un método sistemático, el cual permita estudiar los casos, y resolverlos, determinando la existencia o no de mala práctica, y si ésta generó algún efecto adverso al paciente.

Los elementos metodológicos para el estudio de casos, se originan en los algoritmos de las ciencias médicas. En efecto, la medicina basada en evidencias es el principal sustento de las guías de práctica clínica; es decir, se trata de una herramienta que facilita la toma de decisiones, la cual también puede ser empleada como elemento importante en actividades de educación médica, así como para la provisión y organización de los servicios de salud.<sup>142</sup>

Los algoritmos son utilizados para facilitar la integración del diagnóstico, para fortalecer los criterios respecto del tratamiento correcto de los padecimientos, así como para precisar la prescripción apropiada de medicamentos, enunciándose además, las principales recomendaciones para la educación a los pacientes, acerca del cuidado de la enfermedad.<sup>143</sup>

En ese sentido, los algoritmos son documentos que describen la secuencia del proceso de atención en relación a una enfermedad o estado de salud; es el producto de una validación técnica que puede realizarse por consenso o por juicio de expertos.

Ahora bien, la interpretación de los derechos y obligaciones del prestador del servicio y el paciente, supone el surgimiento de puntos de vista en intereses discordantes, por ello, el propio desarrollo del proceso de atención, necesita procedimientos específicamente diseñados para la resolución de controversias.<sup>144</sup>

---

<sup>142</sup> Pérez Cuevas, Las guías clínicas en el contexto del Instituto Mexicano del Seguro Social, México, IMSS, 2001, pp. 1-4.

<sup>143</sup> Phelps EP. The methodology foundations of studies of the appropriateness of medical care, in: quality of care selections, The New England Journal of Medicine, USA, published by Massachusetts Medical Society, 1997, pp. 4-8.

<sup>144</sup> Tena Tamayo (coord.) Medicina Asertiva, acto médico y derecho sanitario, México, Alfíl-CONAMED, 2006, p. 211.

En ese sentido, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, a efecto de evaluar correctamente las controversias derivadas de la prestación de servicios de salud, así como los derechos y obligaciones de los involucrados, estableció un protocolo de análisis de casos, el cual forma parte integrante del Modelo Arbitral Médico Mexicano, y está ajustado específicamente a las normas de derecho, entre las que destacan:<sup>145</sup>

- Si el profesionista procedió correctamente dentro de los principios científicos y técnica aplicable al caso y generalmente aceptados dentro de la profesión de que se trate;
- Si el mismo dispuso de los instrumentos, materiales y recursos de otro orden que debieron emplearse, atendidas las circunstancias del caso y el medio en que se presente el servicio;
- Si en el curso del trabajo se tomaron todas las medidas indicadas para obtener buen éxito;
- Si se dedicó el tiempo necesario para desempeñar correctamente el servicio convenido, y
- Cualquiera otra circunstancia que en el caso especial pudiera haber influido en la deficiencia o fracaso del servicio prestado.

En igual sentido, la Ley General de Salud, entre otras cosas, establece que los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones 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.<sup>146</sup>

En la prestación de servicios de salud participan diversos elementos, y si bien se realizan actividades encaminadas a la protección de salud de los pacientes, la intervención del personal tiene características diferentes, por ello se deben distinguir los actos de atención directa al paciente, los brindados en servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, aquellos relacionados con el equipo y el abasto de los

---

<sup>145</sup> Artículo 34 de la Ley Reglamentaria del Artículo 5º Constitucional, relativa al ejercicio de las Profesiones para el Distrito Federal.

<sup>146</sup> Artículo 51, Ley General de Salud.

medios materiales para brindar la atención, los de vigilancia epidemiológica, entre otros.

En la aplicación del citado protocolo de análisis, no basta el examen *a posteriori*, pues es necesario efectuar la reconstrucción completa del caso, en términos de los parámetros aceptados en las circunstancias de modo, tiempo y lugar de la atención, pues para determinar la conducta del personal de la salud conforme a la *lex artis*, se deben tener presentes, los estándares de calidad del servicio en la época de tratamiento.

Por lo anterior, es necesaria la revisión de los parámetros publicados en la literatura especializada. Así mismo, deben ser escuchadas las argumentaciones, defensas y pruebas de las partes, a fin actuar con total imparcialidad en la resolución de la controversia planteada.

El análisis de casos en CONAMED, se realiza de manera colegiada, a fin de que la evaluación se efectúe con total imparcialidad y apego a los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, así como a los ordenamientos jurídicos vigentes.

Al efecto, CONAMED se hace llegar del apoyo de asesores externos en cada una de las especialidades médicas, los cuales, son propuestos por la Academia Nacional de Medicina, la Academia Mexicana de Cirugía, así como por los Consejos de Especialidad.

La función de los asesores externos, consiste en aportar la opinión especializada, respecto de los casos que se ponen a su consideración, para que posteriormente el personal de CONAMED aplique la metodología de análisis de casos, y la Comisión resuelva la controversia.

Al respecto, es importante mencionar, que la evaluación del caso, debe referirse exclusivamente al análisis de los aspectos médico-jurídicos, en la controversia planteada por las partes.

El proceso de estudio de casos, comprende los siguientes rubros:<sup>147</sup>

- Identificar el problema de salud: *marco referencial*.
- Identificar los objetivos de la atención médica: marco valorativo.
- Definir los cuidados mínimos (medios ordinarios), en términos de los medios disponibles: derechos del paciente.
- Definir los límites de la decisión e intervención médica: derechos del médico.
- Identificar los elementos de buena práctica y en su caso, las desviaciones observadas.
- Identificar, en su caso, los elementos de condena civil.
- Existencia o inexistencia de mal *praxis*.
- Responsabilidad civil.
- Trascusión a la legislación de control sanitario y a las disposiciones administrativas.

El protocolo de análisis de casos de CONAMED, comprende el planteamiento de la controversia, evaluación probatoria, evaluación de la atención, evaluación de responsabilidad; en los términos siguientes:

A) Planteamiento de la Controversia:

- Inconforme.
- Prestador del servicio.

---

<sup>147</sup> Artículo 34 de la Ley Reglamentaria del Artículo 5º Constitucional, relativa al ejercicio de las Profesiones para el Distrito Federal.

- Motivo de la queja.
- Pretensiones.
- Informe médico del prestador del servicio.
- Constancias que acrediten la preparación del prestador del servicio.

En términos de lo anterior, se establecen cuales son los puntos de controvertidos los cuales deberán ser analizados.

B) Evaluación probatoria:

- Reconocimiento expreso del paciente y/o del prestador del servicio.
- Constancias, recetas e informes médicos del prestador del servicio.
- Expediente clínico de la atención brindada (Historia clínica, notas de evolución, notas de ingreso y egreso, notas de enfermería, consentimiento bajo información, notas de referencia y contrarreferencia, reportes de estudios de laboratorio y gabinete; entre otras. Cuando así corresponda, certificado o acta de defunción).
- Cuando exista atención subsecuente: constancias, recetas, informes médicos, expediente clínico, entre otros.
- Acreditación de pagos realizados por la atención brindada al paciente.

Para el análisis del caso, sólo deben tenerse en cuenta los elementos objetivos; es decir, aquellos que hayan sido debidamente probados por las partes, durante el juicio arbitral.

En virtud del carácter especializado de CONAMED, son admisibles en el proceso arbitral, las siguientes probanzas:

- La instrumental.
- La pericial.
- El reconocimiento médico del paciente.
- Las fotografías (quedan comprendidas en esta denominación estudios de imagen, cintas y fotografías referentes a la atención médica).
- La presuncional.

C) Evaluación de la atención:

- Historia natural de la enfermedad.
- Circunstancias de modo, tiempo y lugar.
  - ❖ Institución pública o privada.
  - ❖ Nivel de atención.
  - ❖ Tipo de establecimiento.
  - ❖ Disponibilidad de personal.
  - ❖ Disponibilidad de recursos.
- *Lex artis* médica.
- Normas Oficiales Mexicanas, aplicables al caso.
- Obligaciones de diligencia (medios, seguridad y resultados):
  - ❖ Razonamiento clínico:
    - Si el estudio clínico fue completo o incompleto.
    - Si los estudios diagnósticos necesarios, se realizaron, y si éstos fueron completos.
    - Si se valoró el riesgo-beneficio en los procedimientos diagnósticos.
    - Si existió integración de los hallazgos clínicos con los resultados de los estudios diagnósticos.
    - Si existió diagnóstico (impresión diagnóstica, diagnóstico diferencial, diagnóstico de certeza).
    - Si el diagnóstico fue correcto y debidamente sustentado.
    - Tipo de tratamiento (urgencia, elección o complacencia).
    - Valoración de las alternativas de tratamiento, conforme a las circunstancias del caso.
    - Si la elección de los medios terapéuticos fue correcta.
    - Valoración del riesgo-beneficio en el tratamiento (procedimientos anestésicos, quirúrgicos, etc.).
    - Si el tratamiento fue oportuno.
    - Si existieron complicaciones.
    - Si las complicaciones se detectaron y trataron oportunamente.
    - Si se limitó el daño.

- Si existió rehabilitación o posibilidades de ella.
- Evaluación de la libertad prescriptiva.
- Consentimiento bajo información (inexistencia de consentimiento, si se suscribieron condiciones inaceptables y desventajosas, sólo se acredita consentimiento verbal, omisión de consentimiento escrito en casos obligatorios, carta de consentimiento suscrita con deficiencias).
- Si existieron instrucciones precisas al personal a su cargo y cuál fue su cumplimiento.
- Si existió supervisión.
- Si fue modificada la conducta terapéutica, conforme a la evolución y necesidades del paciente.
- Si era necesaria la referencia del paciente.
- Si debió existir interconsulta, y si ésta fue solicitada.
- Si el egreso fue correcto o precipitado.
- Si el personal dejó de lado reglamentos o deberes a su cargo, cuando las consecuencias eran previsibles.
- Si existió evento adverso.
- Si el evento adverso, se debió a idiosincrasia o causas intrínsecas del paciente.
- Si el evento adverso se debió a acción voluntaria o contribuyente del paciente o de terceros.
- Si existieron deficiencias en los servicios.
- Si existieron carencias o limitaciones en los auxiliares de diagnóstico y tratamiento.
- Si existió ausencia de registros y notas médicas.
- Si existió negativa o condicionamiento de atención.
- Si hubo incapacidad, invalidez o daño al paciente, establecer su causa.
- Si se produjo la muerte, establecer su causa.

#### D) Evaluación de responsabilidad:

Al hablar de responsabilidad, debe existir una acción u omisión voluntaria que genere de un efecto dañoso. El carácter de involuntario, no elimina el deber de

responder, pues aunque no se hayan querido efectuar ciertos actos, o aun queriéndolos, no se hayan previsto sus consecuencias, no exime de la reparación de los daños ocasionados. En la evaluación de responsabilidad derivada de la prestación de servicios de salud, se debe tener en cuenta siguiente:

- Fallas del personal de salud:
  - Si mostró capacidad de previsión.
  - Si cumplió las disposiciones jurídicas.
  - Si dejó de lado deberes a su cargo.
  - Si omitió instrucciones precisas y/o supervisión adecuada.
  - Si existió deficiencia en la información al paciente o sus familiares.
  - Si existió deficiencia en el llenado del expediente clínico.
  - Si actuó con negligencia, impericia o dolo.
  
- Fallas de origen hospitalario o institucional:
  - Negativa de admisión sin justificar el impedimento.
  - Daños derivados de egreso prematuro.
  - Daños ocasionados durante el internamiento, producto de vigilancia inadecuada.
  - Accidentes durante el internamiento.
  - Falta de mantenimiento de equipo o instrumental.
  - Instalaciones inadecuadas.
  - Falta de insumos.
  - Falta de personal.
  - Falta de capacitación al personal.
  - Falta de supervisión al personal.
  - Infecciones nosocomiales.
  - Condicionamiento de atención por requisitos económicos.
  - Retención indebida de paciente o cadáver.

- Manejo indebido de alta voluntaria, egreso hospitalario o certificado de defunción.
  - Actos e irregularidades en investigación clínica.
- Relación causal:
- Historia natural de la enfermedad.
  - Si el evento adverso fue originado por mala práctica.
  - Si el evento adverso se debió a acción u omisión del enfermo o de terceros.
  - Si el evento adverso se debió idiosincrasia.

#### 4.3 Experiencia Internacional en la Resolución de Controversias.

##### Colombia.

En 1978, el Ministerio de Salud de Colombia, la Federación Médica Colombiana y la Academia Nacional de Medicina, emprendieron la tarea de estudiar un estatuto, en el cual se consagra la defensa del ejercicio ético de la medicina, cuyo objetivo es el beneficio del paciente y la defensa de la sociedad, contra las conductas de quienes ejercen la medicina violando los principios éticos de la profesión.

Concebido así el proyecto de ley, integrado por 94 artículos, fue presentado al Congreso de Colombia, donde después de su estudio y análisis, fue aprobado el 15 de diciembre de 1980, por el Poder Legislativo y sancionado por el Ejecutivo el 18 de febrero de 1981, como Ley de la República, identificada con el número 23, cuya reglamentación está plasmada en el Decreto Reglamentario 3380 del mismo año, con un contenido de 53 artículos.

La ley 23 de 1981, sobre ética médica, es de carácter normativo y disciplinario, fundamentada en los principios de autonomía, beneficencia y justicia, en los cuales se inspira el ejercicio ético de la profesión médica universal.

La característica fundamental de esta Ley, puede sintetizarse diciendo que se trata de un conjunto de normas, destinadas a proteger el idóneo, responsable, honesto, prudente y diligente ejercicio de la medicina, a la vez que garantizar a la comunicad, el cumplimiento de postulados sobre los cuales descansa una adecuada relación médico-paciente, cuya interpretación a la luz de la ética médica, sólo podrá ser debidamente discernida por los profesionales de la medicina, cuyos conocimientos y experiencia en el ejercicio de la misma, los coloca en condiciones de excepción para juzgarlos en su bondad o malicia, de acuerdo con las circunstancias en que se haya desarrollado el acto médico, su gravedad, las consecuencias que se hayan producido y los antecedentes disciplinarios del médico denunciado.

Aunque el médico, por la función social que implica el ejercicio de su profesión, está obligado a sujetar su conducta pública y privada a los más elevados preceptos de la moral universal, la Ley 23 del 1981, se ocupa primordialmente de lo que atañe a la ética del acto médico, entendido como un acto humano y por lo tanto, libre, dirigido por la inteligencia y la voluntad del médico, cuyo fin es procurar la salud integral del paciente, en cuya realización deben emplearse métodos morales, científicos y legalmente válidos y efectuarse con prudencia, pericia y diligencia, en forma directa, frente al paciente.

Si el acto humano lo ejecuta el médico a través del desempeño idóneo, ético y legal de funciones administrativas, docentes, científicas, técnica, forenses o de investigación, se configura el acto médico, de idénticas características esenciales y similares finalidades, en pro del ser humano, la familia y la comunidad, habida cuenta que la medicina es un quehacer esencialmente humanístico y humanitario sin distingo alguno.

Con relación a la práctica profesional propiamente, se señalan normas y directrices de procedimiento, de contenido moral, técnico y científico para el médico, que delimitan su responsabilidad frente al paciente, a los colegas o al resto del

equipo de salud con el cual trabajan, las instituciones a las cuales presta sus servicios profesionales, al Estado y a la sociedad en general.

Dentro de las normas se encuentran:

- a) La correcta elaboración de la historia clínica, como documento obligatorio, veraz y de carácter reservado.
- b) La suficiente dedicación al enfermo, con miras a obtener un diagnóstico e instaurar un tratamiento adecuado.
- c) El consentimiento informado, válido del paciente.
- d) Las prescripciones y certificaciones médicas.

Este conjunto de normas sobre el ejercicio ético, convertido en Ley, necesitaba un mecanismo eficaz para su aplicación práctica, que estuviera acorde, además, con el criterio de la Corte Suprema de Justicia, el cual establece que un estatuto regulador de la ética en el ejercicio profesional de la medicina, sin un régimen disciplinario y unos órganos de control que lo apliquen, sería puramente teórico.

Por ello, se crearon en la misma Ley, los Tribunales de Ética Médica a quienes corresponde conocer los procesos disciplinarios que se presenten por razón del ejercicio de la medicina en Colombia. Están representados por el Tribunal Nacional, con sede en la capital de la República y los Tribunales Seccionales, con sede en las respectivas capitales de los Departamentos y el de Santa Fe de Bogotá, que funciona en esa capital.

Cada uno de los Tribunales mencionados, está constituido por cinco Magistrados. Los del Tribunal Nacional son elegidos por el Ministerio de Salud y los de los Seccionales son nombrados por el Tribunal Nacional. Tales designaciones recaen en aquellos médicos que cumplen exigentes requisitos con relación a su solvencia moral, idoneidad profesional y experiencia en el ejercicio de la medicina y de la cátedra universitaria.

Los Tribunales Seccionales son organismos de primera instancia en los procesos disciplinarios ético-profesionales, mientras que el Tribunal Nacional conoce, en segunda instancia, de los recursos de apelación de los procesos fallados en los Seccionales.

Por su calidad de jueces, los magistrados no pueden emitir conceptos o dar opiniones que constituyen prejuzgamiento o compromiso de su imparcialidad como tales. Los tribunales ético-profesionales en el ejercicio de las atribuciones que les confiere la Ley, cumplen una función pública, pero sus integrantes, por el hecho de serlo, no adquieren el carácter de servidores o funcionarios públicos.

Los Tribunales están asesorados jurídicamente por abogados titulados, con conocimientos y experiencia en los códigos de ética, disciplinario y penal. Tales asesores, son nombrados autónomamente por los mismos Tribunales. Cabe mencionar, que el Ministerio de Salud Colombiano, es la entidad que financia el presupuesto del Tribunal Nacional y la de los Tribunales Seccionales corre por cuenta de las respectivas gobernaciones departamentales.

El último título de la Ley sobre Ética Médica, se ocupa del proceso disciplinario, que tiene por objeto determinar si se ha infringido cualquiera de los mandatos o prohibiciones a que se refiere la Ley. El médico sometido a él, disfruta de los derechos legales, sobre el debido proceso de definición originada por queja escrita, ratificada personalmente bajo juramento ante el Tribunal correspondiente por la persona o entidad interesada que, a su vez, da origen a la averiguación preliminar que puede llevar a dictar resolución inhibitoria, motivada cuando aparezca demostrado que la conducta punible no ha existido, o que no es constitutiva de falta disciplinaria, o que el médico acusado no la ha cometido, o que la investigación no puede abrirse formalmente por muerte del médico implicado, o por prescripción de la acción, o por cosa juzgada disciplinariamente, o bien, el Tribunal abre la investigación formal o instructiva, mediante resolución de apertura dictada por el Magistrado instructor a quien se haya repartido el proceso mediante sorteo

reglamentario entre los Magistrados del Tribunal. Esta constituye la primera etapa del proceso, siendo el juzgamiento la segunda.

En la primera etapa, el médico investigado rinde versión libre, sin juramento, sobre los hechos que se investiga. Allegadas todas las pruebas y llenados todos los requisitos de Ley, la Sala del Tribunal toma una de dos decisiones: a) Dicta resolución de preclusión o terminación del proceso, con carácter interlocutorio, por las causas antes mencionadas, o b) Dicta, como decisión alternativa, la resolución de cargos, también con carácter interlocutorio, cuando esté establecida la falta o faltas imputadas y exista prueba que merezca serios motivos de credibilidad sobre la falta y la responsabilidad ético-disciplinaria.

La siguiente etapa de juzgamiento, se inicia con la notificación de la resolución de cargos, el médico deberá rendir descargos por escrito, podrá aportar pruebas y solicitar al Magistrado, oportunamente, la realización de las que considere convenientes para su defensa, que serán decretadas siempre y cuando fueren conducentes, pertinentes y necesarias.

Rendidos los descargos y efectuadas las pruebas, según el caso, el Magistrado oponente presentará proyecto de fallo que podrá ser absolutorio o sancionatorio cuando exista certeza sobre el hecho violatorio a las normas. El fallo se considera en firme, cuando haya sido aprobado por lo menos por la mayoría absoluta del Tribunal, sin perjuicio de que uno o dos Magistrados, puedan presentar salvamento de voto motivado, que quedará integrado al proceso.

El fallo debe cumplir algunos requisitos formales exigidos por la Ley y una vez proferido precede el recurso de apelación, en segunda instancia, ante el Tribunal Nacional, de donde será repartido por sorteo a uno de los Magistrados, quien hará el estudio de la providencia dictada por el Tribunal Seccional y de los argumentos en contra de la misma, para tomar una decisión que debe de ser aprobada, por lo menos, por la mayoría absoluta de la Sala, ésta en ningún caso podrá aumentar la

sanción impuesta por el Tribunal de primera instancia, y es atendido que cada una de las fases del proceso, dispone de términos cronológicos preestablecidos que son de forzoso cumplimiento.

Las infracciones cometidas con mayor frecuencia en los 13 Tribunales Seccionales son:

- a) Negligencia en la atención médica, que infringe el artículo 10 de la Ley.
- b) Deficiente diligenciamiento de la historia clínica. Todo lo que se diga para hacer énfasis en la importancia de la historia clínica, es poco. Infringe los artículos 34 y 36.
- c) La exposición del paciente a riesgos injustificados. El artículo 15.
- d) El acto médico realizado sin el consentimiento informado del paciente. Frecuentemente se observa esto que infringe el artículo 16 de la Ley.
- e) La omisión de la advertencia al paciente o a sus allegados responsables, del riesgo con motivo del acto médico realizado y la omisión de la constancia escrita de ello en la historia clínica.
- f) Relaciones laborales inadecuadas del médico con las instituciones a las cuales presta sus servicios. Artículos 42, 43 y 44.
- g) Conducta reprobable contra la dignidad y la autonomía del paciente observada por el médico en el consultorio. Artículo 9.
- h) Expedición de certificados médicos de complacencia o de contenido falso grave. Artículos 51 y 52.
- i) Impericia e imprudencia, manifiestas en el trato de los pacientes. Artículos 11 y 12.
- j) Negativa injustificada a atender a pacientes, cuando el concurso del médico era necesario o urgente.

Entre las infracciones que más frecuentemente son denunciadas están las relacionadas con: gineco-obstetricia, le siguen medicina general, cirugía general, cirugía plástica, pediatría, anestesiología, neurología, ortopedia y medicina interna.

## Perú.

El Centro de Conciliación y Arbitraje de la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud fue fundado en febrero de 1999, a lo largo de ese año, se organizó y estableció el Centro, siendo dotado de normas y reglamentos internos, obteniendo la autorización correspondiente del Ministerio de Justicia para operar como Centro de Conciliación Extrajudicial, y entró en plena operación a partir de enero del 2000.

Se trata de un órgano con autonomía técnica y funcional, el cual tiene como misión, promover la utilización de los medios alternativos de resolución, particularmente la conciliación y el arbitraje, en la solución de las controversias que se produzcan en el Sistema de Seguridad Social en Salud.

En cuanto a su funcionamiento, su Estatuto lo faculta para ejercer una función conciliadora y arbitral, para ello, cuenta con dos secciones especializadas: la de conciliación y la de arbitraje.

Por cuanto hace a la Superintendencia de las Entidades Prestadoras de Salud (SEPS), esta Institución se encarga de autorizar y reglamentar el funcionamiento de las actividades de las Entidades Prestadoras de Salud (EPS), incluyendo las modalidades y procedimientos de contratación con los afiliados y las entidades empleadoras.

Tiene competencia en todo el territorio de la República, su sede está en la Ciudad de Lima, pero tiene la facultad de establecer dependencias en cualquier lugar del territorio de la República.

Entre sus funciones y atribuciones, se encuentran:

- Definir, verificar, regular y supervisar, los requisitos de solvencia e infraestructura.

- Regular y supervisar que los proveedores de servicios de salud vinculados con una Entidad Prestadora de Salud (EPS) se ajusten a las disposiciones de la Ley y su Reglamento.
- Supervisar el funcionamiento y las actividades de las Entidades Prestadoras de Salud, para controlar su adecuación a la legalidad imponiendo las sanciones correspondientes conforme a lo establecido por la Ley y los Reglamentos.
- Establecer mecanismos de arbitraje y otras modalidades de solución directa de los conflictos que se produzcan entre los usuarios y las Entidades Prestadoras de Salud.

Las sanciones que puede imponer la Superintendencia son: amonestación; multa a la Entidad y Prestadora de Salud; suspensión o revocación de la autorización de funcionamiento.

Las sanciones se aplican en proporción a la gravedad de la falta cometida, en casos que se detecte infracción a las normas (legales o administrativas) que regulan el funcionamiento de las Entidades Prestadoras de Salud.

Cabe mencionar, que en septiembre de 2000, la Secretaría de Salud de México a través de CONAMED y el Ministerio de Salud de la República de Perú, a través de la Superintendencia de las Entidades Prestadoras de Salud, celebraron un convenio de cooperación, en materia de atención de quejas por prestación de servicios de salud.

Mediante dicho convenio, se establecieron bases y mecanismos de cooperación para el desarrollo de actividades, tendientes a mejorar la atención de quejas. Ambas instituciones convinieron tomar las medidas necesarias, para que las técnicas y los conocimientos adquiridos por los funcionarios, contribuyan al mejoramiento de sus respectivos sistemas de resolución de controversias en materia de salud.

## Argentina.

La búsqueda de equivalentes jurisdiccionales para la solución de conflictos a través de la conciliación y el arbitraje es una nueva tendencia iberoamericana del Derecho Procesal, esta tendencia, originaria del comercio internacional y con fuentes en el Derecho Internacional Privado, y más recientemente en convenciones internacionales, se fortalece y expande, priorizando siempre, la autonomía de la voluntad de las partes, para determinar los medios e instrumentos procesales de su elección.

En el caso de Argentina, la mediación, conciliación y arbitraje, se instalan en el sector salud, como las más eficaces herramientas para la solución de sus conflictos, con claras ventajas frente al procedimiento estatal tradicional.

La solución judicial, tiene indudables ventajas en cuanto a que la decisión viene respaldada por el Estado, pero aún en los más respetados procesos jurisdiccionales, existen defectos incuestionables, como: lentitud, dilación, costos y confidencialidad. Además, el conflicto es resuelto por un funcionario de carrera, con gran preparación, pero carente de la necesaria especialización para conocer del conflicto que se plantea, y sobre todo, desprovisto de la mentalidad propia de quienes participaron de la relación, de la cual, emergen las dificultades, pues sólo quien conozca y viva a fondo las costumbres del sector salud, podrá dictar sentencia con arreglo a esa mentalidad y a la del usuario.<sup>148</sup>

En el mismo sentido, la intervención judicial, también por la inevitable exigencia de la seguridad jurídica, debe desarrollarse con publicidad. La decisión judicial implica, en consecuencia, la ruptura de la relación, cuando casi siempre lo que se busca, y es el interés de las partes, arreglar la fricción y continuar la relación.

---

<sup>148</sup> Miranda, Francisco, "MEDILEX DOCTRINA", Medilex Consultores, Chile, 2001.

Es innegable, entonces, que el arbitraje, es la más apropiada solución para evitar consecuencias no deseadas. Se trata del arreglo más rápido, más económico y más técnico; las diferencias que separan a las partes no tienen repercusión pública y permanecen en el marco de la confidencialidad, de quienes desempeñan la función arbitral. Los laudos están revestidos de la misma e idéntica fuerza que las sentencias del poder judicial; hacen cosa juzgada respecto de las cuestiones resueltas por los árbitros y se les concede el carácter de título ejecutivo.<sup>149</sup>

El Código Procesal Civil Nacional argentino vigente, dedica el Libro IV para tratar el juicio arbitral. En él, se considera a los árbitros “jueces árbitros” (art. 736), tratándose de árbitros *iuris* deben actuar reunidos en Tribunal Colegiado, designando a uno de ellos Presidente, a fin de que dirija el procedimiento y dicte las providencias del trámite (art. 750). En este Código, se observan las formas del juicio, el auxilio jurisdiccional, el pronunciamiento del laudo, y los recursos admisibles; es decir, se presenta formalmente al arbitraje como un verdadero equivalente procesal, constituyendo el laudo una sentencia obligatoria para las partes, y como tal, susceptible de ejecución; cuando el árbitro falla, lo hace como juez.<sup>150</sup>

En el marco jurídico-institucional, la Asociación Argentina de Derecho Médico y de Salud (AADEMES) y la American Association of Legal Medicine and Health (AALMH) de Estados Unidos, con el auspicio de la Fundación Kiwanis International Argentina y del Tribunal Internacional de Conciliación y Arbitraje del MERCOSUR (TICAMER), se creó a modo de instituto permanente, el Tribunal Americano de Mediación, Conciliación y Arbitraje Médico y de Salud (TACAMES) con funciones precisas de prevención y auxilio, frente a los conflictos originados en la prestación de servicios de salud, fundado en el acuerdo voluntario de los contratantes, de someter sus desavenencias a una Institución imparcial para su solución.

---

<sup>149</sup> *Idem.*

<sup>150</sup> Vera, Marcos, “El Método No Adversarial a través del Tribunal Americano de Mediación, Conciliación y Arbitraje Médico y de Salud (TACAMES)”. II Simposio Iberoamericano de Derecho Médico, TACAMES, Colombia, 2001.

## España.

El marco español para dirimir los conflictos y reclamaciones entre los médicos y los pacientes se circunscribía a la administración ordinaria de justicia, a la cual acudía el paciente que se consideraba dañado a consecuencia de la actuación profesional médica, interponiendo una denuncia contra el médico presuntamente causante del daño, por la vía civil, o bien, por la vía penal.

El Colegio Oficial de Médicos de Bizkaia, planteó la necesidad de crear una comisión interdisciplinaria de trabajo, para estudio y búsqueda de soluciones, con el objetivo fundamental, de encontrar una alternativa eficaz a los tribunales ordinarios de justicia, la cual permitiera desjudicializar los actos médicos, atendiendo a la recomendación 12/1986 del Comité de Ministros del Consejo de Europa que postulaba que los gobiernos adoptaran disposiciones adecuadas, para que en los casos en los que el arbitraje pudiera constituir una alternativa más accesible y más eficaz a la acción judicial se diera origen a instituciones como el Tribunal de Arbitraje Médico.

Entre los aspectos positivos del Tribunal de Arbitraje Médico, señalaron los siguientes:

- El arbitraje puede aplicarse en la gran mayoría de los procesos por reclamaciones médicas.
- El laudo arbitral dictado en plazo menor al de la vía judicial.
- Se tendrá en cuenta la *lex artis* médica y no sólo aspectos jurídicos.
- Protocolo mínimo, más informal.
- Favorecer comunicación fluida, reduciendo al mínimo los tecnicismos jurídicos y las argucias de los abogados.
- Disminuir considerablemente la publicidad negativa.

En cuanto al procedimiento, para poner en marcha el proceso arbitral, se estimó necesario un convenio arbitral, ya sea en el contrato que une al médico y al paciente, o bien, mediante el sometimiento expreso de las partes una vez presentada la solicitud de arbitraje.

Las partes deben exponer claramente lo que quieren someter a la consideración de los árbitros. Sobre qué cuestión no están de acuerdo y que es lo que solicitan, con las alegaciones y motivaciones correspondientes.

Seguidamente, inicia la fase de presentación de pruebas, donde las partes pueden aportar tanto las testificales, como las periciales. Durante este periodo los árbitros pueden, si lo estiman necesario, solicitar sus propias periciales. Para tal fin, cuentan con un listado de médicos especialistas a los que pueden acudir en cada caso.

Una vez finalizada esta fase, las partes deben presentar sus alegaciones finales y conclusiones, si los árbitros tuviesen cualquier duda, pueden abrir un proceso llamado diligencias para mejorar arbitrar, durante el cual, podrán solicitar otras pruebas.

El laudo es vinculante (obligatorio) a las partes y se entrega previa protocolización notarial.

El Tribunal de Arbitraje Médico, señala como reglas de oro del arbitraje:

- La voluntariedad del sometimiento al proceso arbitral.
- Los árbitros o mediadores son elegidos de común acuerdo por las partes.
- Durante el tiempo que dure el arbitraje, siempre que sea antes de que se emita el laudo, las partes pueden llegar a un acuerdo, mismo que será reflejado como laudo.

## **5. Disposiciones Legales**

### **en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.**

El derecho, se refiere al conjunto de normas esenciales para la convivencia social, pues las reglas jurídicas son indispensables para asegurar las relaciones entre las personas.

En esos términos, resulta necesario que las normas que rigen a la sociedad, sean conocidas lo más ampliamente posible, pues ello contribuye a consolidar el Estado de Derecho, entendido como la sujeción de los órganos del poder al derecho, de tal forma, que sus actos siempre sean previsibles, controlables y enmendables, al mismo tiempo que los derechos de cada persona y de la sociedad, siempre estén eficazmente protegidos.

En ese sentido, es necesario destacar los siguientes ordenamientos, relevantes en materia de prestación de servicios de atención médica.

#### **5.1 Ley General de Salud.**

Como se ha mencionado, la Ley General de Salud, constituye el ordenamiento jurídico especial en la materia; es de aplicación en todo el territorio nacional, y sus disposiciones son de orden público e interés social.

Tiene como finalidad, regular desde el punto de vista jurídico, el derecho a la protección de la salud, el cual a su vez, tiene entre sus finalidades: el bienestar físico y mental del hombre, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades; la prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana; 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; la extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud; el disfrute de servicios de salud y de asistencia social; el conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de

los servicios de salud, el desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.

Así mismo, 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.

Por lo anterior, es indispensable que los prestadores de servicios de salud, reconozcan la importancia que tiene la Ley General de Salud, pues regula las actividades que diariamente realiza el personal profesional, técnico y auxiliar, en el ejercicio de sus funciones, y su incumplimiento acarrearía consecuencias no deseables.

Dicho en otros términos, al no cumplir personal de salud lo establecido por la ley, estaría dentro del campo de la *mal praxis*, en sus diferentes modalidades (negligencia, impericia o dolo), y por ello tendría la obligación de responder, ya sea desde el punto de vista civil o penal.

Sobre este rubro debe recordarse, el principio que establece: *“La ignorancia de la ley no exime su cumplimiento”*, por ello nadie puede alegar que no cumple una disposición, por el hecho de no conocerla. Es decir, no elimina la realidad innegable de que hay derechos que no se ejercen porque no se les conoce.

#### Reglamentos de la Ley General de Salud.

Estos Reglamentos son de aplicación en todo el territorio nacional, y sus disposiciones son de orden público e interés social. Tienen por objeto, promover el cumplimiento de la Ley General de Salud, en los rubros respectivos:

- En materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.
- En materia de Investigación para la Salud.
- De Insumos para la Salud.

- De Control Sanitario de Productos y Servicios.
- En materia de Control Sanitario de Actividades, Establecimientos, Productos y Servicios.
- En materia de Publicidad.
- En materia de Control Sanitario de la Disposición de Organos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos.
- En materia de Sanidad Internacional.
- Sobre Consumo de Tabaco.

Dada la naturaleza del presente trabajo, es necesario señalar que el Reglamento en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, representa un medio para la conservación y protección de la salud de las personas, involucrando actividades de prevención, curación y rehabilitación. En razón de que la Secretaría de Salud es responsable del control de la prestación de este tipo de servicios (como materia de salubridad general), se emitió el citado Reglamento, en el cual se encuentran contenidas, las principales disposiciones encargadas de regular la atención médica.

#### Acuerdos emitidos por el Consejo de Salubridad General de la República.

El Consejo de Salubridad General de la República, es un órgano que depende directamente del Presidente y tiene carácter de autoridad sanitaria con funciones normativas y consultivas.

Al citado Consejo, le corresponde contribuir a la definición de las políticas de salud de la Administración Pública Federal; rendir opiniones y formular sugerencias al Ejecutivo Federal, tendientes al mejoramiento de la eficiencia del Sistema Nacional de Salud y al mejor cumplimiento del programa sectorial de salud; analizar las disposiciones legales en materia de salud y formular propuestas de reformas o adiciones a las mismas; expedir disposiciones en materia de salubridad general, dentro del ámbito de su competencia; determinar modificaciones a las listas de establecimientos destinados al proceso de medicamentos; adicionar las listas de

fuentes de radiaciones ionizantes y de naturaleza análoga; determinar la lista de problemas de salud prioritarios, incluyendo enfermedades transmisibles, enfermedades no transmisibles; lesiones y factores de riesgos; opinar respecto de los programas y proyectos de investigación científica, así como de formación de recursos humanos en el campo de la salud; opinar sobre el establecimiento de nuevos estudios profesionales, técnicos, auxiliares y especialidades, que requiera el desarrollo nacional en materia de salud; elaborar, publicar, actualizar y difundir el Cuadro Básico de Insumos para el primer nivel de atención médica y el Catálogo de Insumos para el segundo y tercer niveles; elaborar, publicar y mantener actualizado el Catálogo de Medicamentos Genéricos Intercambiables; promover y desarrollar las acciones que sean necesarias para la certificación y, en su caso, certificar la calidad de los establecimientos de servicios de salud; crear comisiones y comités para estudiar y atender los distintos ámbitos de la salud, entre otras.<sup>151</sup>

En ese sentido, el Consejo está facultado para expedir los acuerdos necesarios, en el ámbito de su competencia.

### Normas Oficiales Mexicanas.

Las Normas Oficiales Mexicanas, proporcionan los lineamientos específicos que deben ser cumplidos por los prestadores de servicios de salud. En efecto, se trata de regulaciones técnicas, de observancia obligatoria en toda la República.

Entre las normas de mayor aplicación, en cuanto a prestación de servicios de atención médica se refiere, se encuentran las siguientes:

- Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.

---

<sup>151</sup> Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General, publicado en el *Diario Oficial* de la Federación, el 30 de octubre de 2001.

- Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, de los servicios de planificación familiar.
- Norma Oficial Mexicana NOM-003-SSA2-1993, para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.
- Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-1993, para la prevención y control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana.
- Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA2-1993, para la prevención y control de la tuberculosis en la atención primaria de la salud.
- Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes.
- Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control de cáncer del cuello, útero y de la mama en la atención primaria.
- Norma Oficial Mexicana NOM-021-SSA2-1994, para la vigilancia, prevención y control del complejo teniasis/cisticercosis en el primer nivel de atención médica.
- Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico.
- Norma Oficial Mexicana NOM-178-SSA1-1998, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.
- Norma Oficial Mexicana NOM-170-SSA1-1998, para la práctica de la anestesiología.
- Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999, para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial.
- Norma Oficial Mexicana NOM-197-SSA1-2000, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales generales y consultorios de atención médica especializada.
- Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2002, prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de la mama.
- Norma Oficial Mexicana NOM-039-SSA2-2002, para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual.

### Decretos relacionados con la atención médica, emitidos por el Ejecutivo Federal.

Este tipo de decretos, tienen naturaleza reglamentaria, en términos de lo establecido por el artículo 89 Fracción I, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Entre estos decretos, se encuentran los siguientes:

- Decreto por el que se crea la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.
- Decreto por el que se crea el Hospital Juárez de México, como organismo descentralizado de la Administración Pública Federal.
- Decreto por el que se crea un órgano desconcentrado, jerárquicamente subordinado a la Secretaría de Salud, denominado Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea.

### Acuerdos de la Secretaría de Salud.

La Secretaría de Salud, entre sus facultades tiene la de emitir acuerdos relacionados con el sector que coordina, entre los que se encuentran:

- Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer los Lineamientos Generales para la Operación del Programa de Ampliación de Cobertura.
- Acuerdos de Coordinación que celebran la Secretaría de Salud y los Estados de la República, para la ejecución del Programa Salud para Todos (Seguro Popular de Salud), en las diferentes entidades federativas.
- Acuerdos de coordinación que celebran la Secretaría de Salud y los Estados de la República, para la ejecución del Programa de Calidad, Equidad y Desarrollo en Salud (PROCEDES) en las diferentes entidades.
- Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de Operación específicas e indicadores de gestión y evaluación del Programa Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud.

## 5.2 Aspectos Civiles.

El ejercicio profesional del personal de salud, se encuentra regulado en distintos ordenamientos jurídicos de carácter civil, los cuales brindan los parámetros para determinar, en su caso, la existencia de responsabilidad. En efecto, la responsabilidad, tiene agregado el deber de reparación en el supuesto de que haya existido mala práctica, o sea, que la regla general es concreción del principio moral que prohíbe causar daño a otro. Cuando la conducta no se ajusta a la señalada por la ley o por el contrato, se impone una sanción resarcitoria; es decir, el reestablecimiento de la situación al estado anterior o su equivalencia indemnizatoria si aquello no fuera posible.<sup>152</sup>

### Código Civil Federal.

Este ordenamiento jurídico, contiene diversas normas, que si bien son de carácter general, se aplican en la regulación de la prestación de servicios de salud. Tal aplicación, debe realizarse adecuándolas a las características esenciales de dichos servicios. Debido a su importancia e interés general, se hacen las siguientes referencias:

- Prestación de Servicios Profesionales: Los artículos 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, se refieren al pago y cobro de honorarios por los servicios brindados.
- Fuentes de mal *praxis* o responsabilidad: En este caso, el artículo 2615, establece que los prestadores del servicio, desde el punto de vista civil, serán responsables por negligencia, impericia o dolo.
- Objeto de los contratos: Artículo 1824 (La cosa que el obligado debe dar; el hecho que el obligado debe hacer o no hacer). Artículo 1827 (El hecho objeto del contrato, debe ser posible y lícito).
- Hecho imposible: Artículo 1828 (Es imposible el hecho que no puede existir porque es incompatible con una ley o con una norma jurídica que debe regirlo

---

<sup>152</sup> Yungano López, *op. cit.* nota 96, pp. 19-22.

necesariamente y que constituye un obstáculo insuperable para su realización). Artículo 1829 (No se considerará imposible el hecho que no pueda ejecutarse por el obligado, pero sí por otra persona en lugar de él).

- Hecho ilícito: Artículo 1830 (Es ilícito el hecho que es contrario a las leyes de orden público o a las buenas costumbres).
- Culpa: Artículo 2025 (Hay culpa cuando el obligado ejecuta actos contrarios a la conservación de la cosa o deja de ejecutar los que son necesarios para ella).
- Responsabilidad: Artículo 2104 (El que estuviere obligado a prestar un hecho y dejare de prestarlo o no lo prestare conforme a lo convenido, será responsable de los daños y perjuicios). Artículo 2107 (Reparación de daños e indemnización de los perjuicios).
- Relación de causalidad: Artículo 2110 (Los daños y perjuicios deben ser consecuencia inmediata y directa de la falta de cumplimiento de la obligación).
- Responsabilidad ante caso fortuito: Artículo 2111 (Nadie está obligado al caso fortuito, sino cuando ha dado causa o contribuido a él).
- Responsabilidad por hecho ilícito: Artículo 1910 (El que obrando ilícitamente o contra las buenas costumbres cause daño a otro, está obligado a repararlo, a menos que el daño se haya producido como consecuencia de culpa o negligencia inexcusable de la víctima).
- Reglas indemnizatorias: Artículo 1915 (La reparación del daño debe consistir en el restablecimiento de la situación anterior, cuando ello sea posible, o en el pago de daños y perjuicios).
- Responsabilidad civil por daño moral: Artículos 1916 y 1916 Bis (Cuando un hecho u omisión produzcan daño moral, el responsable del mismo tendrá la obligación de repararlo mediante una indemnización en dinero).

### Código de Procedimientos Civiles para el Distrito Federal.

Este código contiene disposiciones relativas al procedimiento judicial civil, partes, juez competente, proceso, tipos de pruebas y valor de éstas, efectos de la sentencia, etc.

En los juicios de orden civil, sólo puede iniciar un procedimiento o intervenir en él, quien tenga interés en que la autoridad judicial declare o constituya un derecho o imponga una condena, y quien tenga el interés contrario. En efecto, el citado Código, regula la manera en que deben llevarse los juicios.

Así mismo, en este ordenamiento jurídico, en su Título Octavo, se establecen las reglas generales para llevar a cabo el juicio arbitral.

### 5.3 Aspectos Penales.

En la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en el artículo 4º, se establece el derecho a la protección de la salud, así mismo, en el artículo 5º, la posibilidad de ejercer de manera libre la profesión u oficio, pero respetando los derechos de terceros y de la sociedad; sobre este último artículo se emitió una ley reglamentaria referente al ejercicio profesional, cuyos artículos 61 y subsecuentes prevén la posibilidad de que los profesionistas incurran en la comisión de un delito, y, en este caso, queden sujetos a lo establecido en la legislación penal, ya sea federal o estatal.

### Ley General de Salud.

Por lo que respecta a los delitos establecidos en esta ley, están regulados en el Título Décimo Octavo denominado Medidas de Seguridad, Sanciones y Delitos, en su Capítulo VI referente a los Delitos que puede cometer el Personal de Salud.

- Emplear sin autorización fuentes de radiación que puedan ocasionar daños a la salud.
- Pretender sacar o sacar fuera del Territorio Nacional sangre humana o sus derivados, así como órganos, tejidos y sus componentes de seres humanos vivos o cadáveres, sin permiso de la Secretaría de Salud.
- Comerciar o realizar actos de simulación jurídica que tengan por objeto intermediación onerosa de órganos, tejidos incluyendo la sangre, cadáveres, fetos o restos de seres humanos.

- Realizar actos de investigación clínica en seres humanos, sin sujetarse a lo previsto por la Ley General de Salud, especialmente si se trata de personal profesional, técnico o auxiliar de las disciplinas para la salud.
- Realizar inseminación artificial sin consentimiento de mujer o aún con su consentimiento, si ésta fuere menor o incapaz.
- Omisión de auxilio médico en caso de urgencia.

### Código Penal para el Distrito Federal.

En este Código Penal, se precisan los presupuestos de la pena, las medidas de seguridad y los criterios político-criminales, para la individualización judicial de las penas. En lo que respecta concretamente a la responsabilidad médica, cuando existe mala práctica, ésta puede encuadrarse en las disposiciones de la parte especial del Código Penal, que describen los delitos de homicidio y lesiones culposas, los cuales reprimen, respectivamente, a quien causare a otro la muerte, o un daño en el cuerpo o la salud, ya sea por negligencia o impericia.

Al respecto, el citado Código en el Título Primero “Delitos Contra la Vida y la Integridad Corporal”, en sus Capítulos I, II, III, IV y V, establece las sanciones respecto de homicidio, lesiones, ayuda o inducción al suicidio y aborto, sobre este último delito, es importante mencionar, que el artículo 148 del citado Código Penal, refiere que no se impondrá sanción cuando el embarazo sea resultado de violación, de inseminación artificial sin consentimiento de mujer mayor de 18 años, o aún con el consentimiento de una menor de edad o de una incapaz para comprender el significado del hecho o para resistirlo; cuando de no provocarse el aborto, la mujer embarazada corra peligro de afectación grave a su salud; cuando a juicio de dos médicos especialistas exista razón suficiente para diagnosticar que el producto presenta alteraciones genéticas o congénitas que puedan dar como resultado daños físicos o mentales, al límite que puedan poner en riesgo la sobrevivencia del mismo, siempre que se tenga el consentimiento de la mujer embarazada, así como el aborto que sea resultado de una conducta culposa de la mujer embarazada.

Cabe mencionar, que en las reformas al Código Penal para el Distrito Federal publicadas el 26 de abril de 2007 en la Gaceta Oficial del Distrito Federal, se define al aborto como la interrupción del embarazo después de la décima segunda semana de gestación. Así mismo, que se impondrá de 3 a 6 meses de prisión o de 100 a 300 días a trabajo a favor de la comunidad, a la mujer que voluntariamente practique su aborto o consienta en que otro la haga abortar, después de las doce semanas de embarazo. Al que hiciere abortar a una mujer con el consentimiento de ésta, se le impondrán de 1 a 3 años de prisión. Si se trata de médico cirujano, comadrona o partera, enfermero o practicante, además de las sanciones que le correspondan conforme a este Capítulo, se le suspenderá en el ejercicio de su profesión u oficio por un tiempo igual al de la pena de prisión impuesta.

En su Título Vigésimo Segundo denominado Delitos Cometidos en el Ejercicio de la Profesión, en el Capítulo III, referente al Abandono, Negación y Práctica Indebida del Servicio Médico, en sus artículos 324, 325 y 326, se establecen las penas a las cuales se hará acreedor el prestador del servicio médico, en los casos de: omisión de auxilio médico, realización de operación quirúrgica innecesaria, simulación de intervención quirúrgica, realización de intervención quirúrgica que por su naturaleza ponga en peligro la vida del enfermo o cause la pérdida de un miembro o afecte la integridad de una función vital.

De igual forma, el Capítulo IV del citado ordenamiento, denominado Responsabilidad de Directores, Encargados, Administradores o Empleados de Centros de Salud, en su artículo 327, establece la sanción a que se hará acreedor el personal de salud que impida la salida de un paciente o recién nacido, aduciendo adeudos de cualquier índole, así como el retardo o negación en la entrega de cadáver, excepto cuando se requiera orden de autoridad competente.

En el Capítulo V referente al Suministro de Medicinas Nocivas o Inapropiadas, los artículos 328 y 329, establecen las penas a las que se hará acreedor el personal de salud, así como los encargados, empleados o dependientes de una farmacia que suministren un medicamento evidentemente inapropiado, en perjuicio de la salud del

paciente, así como sustituyan la medicina específicamente señalada por otra que ponga en peligro la salud, cause daño o sea evidentemente inapropiada al padecimiento para el que se prescribió.

### Código de Procedimientos Penales.

En este Código, se regulan los procedimientos de carácter penal, tanto para las autoridades correspondientes (Ministerio Público y Juez Penal), como para quienes intervienen en ellos.

El Ministerio Público integra la averiguación previa, la cual consiste en la investigación de los hechos para determinar su naturaleza delictiva y la probable responsabilidad de sus supuestos autores y otros participantes. Al término de esta investigación, el Ministerio Público deberá consignar ante Juez correspondiente, la averiguación previa respectiva y ejercitar la acción penal; o bien, de no existir elementos constitutivos de delito, dictar resolución de no ejercicio de acción penal. En ocasiones, el Ministerio Público puede enviar el expediente a reserva hasta que cuente con mayores elementos para la consignación respectiva.

En nuestro país, el procedimiento penal, comienza con una denuncia o querrela. Durante el procedimiento que se siga ante el juez penal que corresponda, deberán ofrecerse las pruebas respetando los términos que el propio ordenamiento señala. Normalmente en los procedimientos penales en los que se ve involucrado como agente activo el personal de salud, una de las pruebas más importantes, la constituye, sin duda alguna, la prueba pericial, toda vez que en materia médica, al ser la medicina una ciencia rigurosa, pero no exacta, intervienen diversos factores para resolver, y en su caso, reestablecer satisfactoriamente la salud a una persona, por lo que para determinar la responsabilidad o no del personal de salud, se requieren conocimientos de alta especialización que ilustren adecuadamente al juzgador para que resuelva con apego a los principios médicos y jurídicos.

### Ley Reglamentaria del Artículo 5° Constitucional, relativa al Ejercicio de las Profesiones en el Distrito Federal.

El artículo 5° Constitucional, consagra la más amplia libertad en materia de profesiones, comercio, industria y trabajo; sin embargo, en casos concretos de preeminente interés público, el propio texto constitucional permite que pueda limitarse el ejercicio de esa libertad; es decir, el Estado determina por ley, cuáles son las profesiones que requieren de título para su ejercicio. En esos términos, para el ejercicio de la profesión médica, se estará a lo dispuesto por la citada Ley Reglamentaria, en sus artículos 31, 33, 34, 35 y 36, principalmente.

En efecto, los citados artículos, hacen referencia a la celebración de contratos, en los cuales se estipulen los honorarios y las obligaciones mutuas de las partes; la obligación que tiene el profesionista a poner todos sus conocimientos científicos y recursos técnicos al servicio de su cliente, así como al desempeño del trabajo convenido. Así mismo, se establece que tratándose de la inconformidad por parte del cliente respecto del servicio realizado, el asunto deberá resolverse mediante juicio de peritos, ya sea en el terreno judicial o privado, si así lo convinieren las partes; también se establece que si el laudo arbitral o la resolución judicial, en su caso, fueren adversos al profesionista, no tendrá derecho a cobrar honorarios y deberá además, indemnizar al cliente por los daños y perjuicios que sufiere.

#### 5.4 Aspectos Administrativos.

En México, el derecho a la protección de la salud, constituye una garantía Constitucional, la cual además está regulada ampliamente por la Ley General de Salud y los diversos ordenamientos que de ella emanan. De igual manera, el Gobierno cuenta con la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, la cual establece las bases de organización de la administración pública (centralizada y descentralizada), valiéndose para el ejercicio de sus atribuciones, de Secretarías de Estado, Departamentos Administrativos y Consejería Jurídica, tal como lo señalan los artículos 1° y 2° de dicho ordenamiento.

### Legislación de la Administración Pública Federal.

Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, en su artículo 39, establece los asuntos que corresponde despachar a la Secretaría de Salud, entre los que se encuentran:

- Establecer y conducir la política Nacional en materia de asistencia social, servicios médicos y salubridad general.
- Crear y administrar establecimientos de salubridad y asistencia pública y de terapia social en cualquier lugar del Territorio Nacional, y organizar la asistencia pública del Distrito Federal.
- Planear, normar, coordinar y evaluar el Sistema Nacional de Salud y proveer la adecuada participación de las dependencias y entidades públicas que presten servicios de salud a fin de asegurar el cumplimiento del derecho a la protección de la salud. Propiciar y coordinar la participación del ámbito social y privado en el Sistema Nacional de Salud.
- Actuar como autoridad sanitaria, ejerciendo las facultades en materia de salubridad general que las leyes confieren al Ejecutivo Federal, vigilando el cumplimiento de la Ley General de Salud y sus disposiciones.

### Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social.

La seguridad social, tiene por finalidad contribuir a garantizar el derecho a la protección de la salud. La Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social, es de observancia general en toda la República, y sus disposiciones son de orden público y de interés social.

El Seguro Social, es el instrumento básico de la seguridad social, establecido como un servicio público de carácter nacional, sin perjuicio de los sistemas instituidos por otros ordenamientos jurídicos, su organización y administración está a cargo del Organismo Público Descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propios,

de integración operativa tripartita, en razón de que a la misma concurren los sectores público, social y privado, denominado Instituto Mexicano del Seguro Social.

En cuanto a la prestación de servicios de salud, el Seguro Social comprende el régimen obligatorio y el voluntario; dentro del primero se encuentran el seguro de enfermedades y maternidad, así como el de invalidez y vida; y dentro del voluntario, pueden ser sujetos de aseguramiento al régimen obligatorio diversos grupos de trabajadores, en los términos que señala la propia Ley.

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

Esta Ley es de orden público, de interés social y de observancia en toda la República; y se aplica a trabajadores al servicio civil de las dependencias y de las entidades de la Administración Pública Federal que por ley o por acuerdo del Ejecutivo Federal, se incorporen a su régimen, así como a pensionistas y familiares derechohabientes de unos y otros; de igual manera, a trabajadores de los Estados y Municipios, en los términos de los convenios que el Instituto celebre de acuerdo con esta Ley y las disposiciones de las legislaturas locales. Así como las agrupaciones o entidades que en virtud de acuerdo de la Junta Directiva, se incorporen a su régimen.

La seguridad social de los trabajadores comprende el régimen obligatorio y el voluntario. En cuanto a la prestación de servicios de salud, se establecen con carácter obligatorio los siguientes:

- Medicina preventiva.
- Seguro de enfermedades y maternidad.
- Servicios de rehabilitación física y mental.

#### Ley de los Institutos Nacionales de Salud.

Los Institutos Nacionales de Salud, son organismos descentralizados de la Administración Pública Federal, con personalidad jurídica y patrimonio propios,

agrupados en el Sector Salud, que tienen como objeto principal la investigación científica en el campo de la salud, la formación y capacitación de recursos humanos calificados y la prestación de servicios de atención médica de alta especialidad, y cuyo ámbito de acción comprende todo el Territorio Nacional, siendo los siguientes:

- Instituto Nacional de Cancerología.
- Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chávez”.
- Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”.
- Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias “Ismael Cosío Villegas”.
- Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “Manuel Velasco Suárez”.
- Instituto Nacional de Medicina Genómica.
- Instituto Nacional de Pediatría.
- Instituto Nacional de Perinatología “Isidro Espinosa de los Reyes”.
- Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”.
- Instituto Nacional de Rehabilitación.
- Instituto Nacional de Salud Pública.
- Hospital Infantil de México “Federico Gómez”.

La Ley de dichos Institutos, tiene por objeto regular su organización y funcionamiento, así como fomentar la investigación, enseñanza y prestación de servicios que se realice en ellos. Entre las atribuciones que corresponden a los Institutos Nacionales, en lo referente a la prestación de servicios de salud, se refieren las siguientes:

- Realizar estudios e investigaciones clínicas, epidemiológicas, experimentales, de desarrollo tecnológico y básicas, en las áreas biomédicas y socio-médicas en el campo de sus especialidades, para la comprensión, prevención, diagnóstico y tratamiento de las

enfermedades, y rehabilitación de los afectados, así como para promover medidas de salud;

- Publicar los resultados de las investigaciones y trabajos que realice, así como difundir información técnica y científica sobre los avances que en materia de salud registre;
- Formar recursos humanos en sus áreas de especialización, así como en aquellas que le sean afines;
- Formular y ejecutar programas de estudio y cursos de capacitación, enseñanza, especialización y actualización de personal profesional, técnico y auxiliar, en sus áreas de especialización y afines, así como evaluar y reconocer el aprendizaje;
- Prestar servicios de salud en aspectos preventivos, médicos, quirúrgicos y de rehabilitación en sus áreas de especialización;
- Proporcionar consulta externa, atención hospitalaria y servicios de urgencias a la población que requiera atención médica en sus áreas de especialización, hasta el límite de su capacidad instalada;
- Asesorar a los centros especializados de investigación, enseñanza o atención médica de las entidades federativas y, en general, a cualquiera de sus instituciones públicas de salud.

## **6.- Normas Oficiales Mexicanas en Materia de Salubridad General.**

### 6.1 Naturaleza Jurídica de las Normas Oficiales Mexicanas.

Para la prestación de servicios de salud, existe un régimen técnico-jurídico de gran importancia, particularmente para la atención médica, que permite ponderar el cuidado del enfermo tanto en acciones como en omisiones, conforme a lo establecido en la *lex artis* aplicable; en este régimen destacan las Normas Oficiales Mexicanas, las cuales proporcionan lineamientos específicos que deben ser cumplidos por los prestadores de servicios (de ahí deviene su carácter técnico, naturaleza obligatoria y condición jurídica).

La inclusión de normas de índole técnica dentro de las disposiciones sanitarias, obedece a un enfoque normativo de carácter dinámico, que entre otras cosas, permite la solución expedita de conflictos.

A partir de 1992, y como parte del proceso de modernización del país, se identificó la necesidad de adecuar los marcos normativos que regulan los servicios de salud. El 1° de julio de 1992, se actualizó la Ley General de Metrología y Normalización, abrogando la Ley del 6 de enero de 1988 y sentando las bases para la elaboración de las Normas Oficiales Mexicanas y las Normas Mexicanas. Cabe mencionar, que con anterioridad, existían las denominadas Normas Técnicas, las cuales dejaron de estar vigentes en 1993.

Ley General de Metrología y Normalización, rige en toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social. Su aplicación y vigilancia corresponde al Ejecutivo Federal, por conducto de las dependencias de la administración pública federal que tengan competencia en las materias reguladas por dicho ordenamiento.<sup>153</sup>

---

<sup>153</sup> Ley Federal sobre Metrología y Normalización, Diario Oficial de la Federación, última reforma 19 de mayo de 1999. México, D.F.

En materia de normalización, la citada ley tiene como objeto fomentar la transparencia y eficiencia en la elaboración y observancia de Normas Oficiales Mexicanas; establecer un procedimiento uniforme para la elaboración de dichas normas por las dependencias de la Administración Pública Federal, así como promover la concurrencia de los sectores público, privado, científico y de consumidores, en la elaboración y observancia de las normas.

Cabe destacar, que las Normas Oficiales Mexicanas forman parte integrante del orden jurídico de nuestro país, como lo ha considerado la Suprema Corte de Justicia.<sup>154</sup>

Una Norma Oficial Mexicana consiste en la regulación técnica de observancia obligatoria, expedida por las dependencias competentes, conforme a las finalidades establecidas en el artículo 40, que establece reglas, especificaciones, atributos, directrices, características o prescripciones aplicables a un producto, proceso,

---

<sup>154</sup> Novena época, Segunda Sala, *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta IX*, enero 1999, tesis: 2a. V/99, página 116, materias: constitucional, administrativa, tesis aislada.

**NORMAS OFICIALES MEXICANAS. LA ATRIBUCIÓN CONCEDIDA AL DIRECTOR GENERAL DE NORMAS DE LA SECRETARÍA DE COMERCIO Y FOMENTO INDUSTRIAL, PARA EXPEDIRLAS, CONTENIDA EN EL REGLAMENTO INTERIOR DE LA DEPENDENCIA, NO VULNERA LOS PRINCIPIOS CONSAGRADOS EN LOS ARTÍCULOS 16, 49 Y 73, FRACCIÓN X, DE LA CONSTITUCIÓN FEDERAL.** Los artículos 17, fracción I, del anterior reglamento interior de la secretaría mencionada y 24, fracción I, del mismo ordenamiento reglamentario en vigor (este último publicado en el Diario Oficial de la Federación el dos de octubre de mil novecientos noventa y cinco), confieren a la Dirección General de Normas la atribución para formular, revisar, aprobar, expedir y difundir las Normas Oficiales Mexicanas en el ámbito competencial de la Secretaría de Comercio y Fomento Industrial; esta facultad no resulta contraria a los principios de legalidad, reserva de la ley y de subordinación que prevén los artículos 16, 49 y 73, fracción X, constitucionales, ni constituye una indebida delegación de facultades legislativas en favor de una autoridad administrativa, tomando en cuenta que en los numerales 1o., 2o., 3o., 39, fracción V y 40 de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, en vigor a la fecha de expedición de tales reglamentos, el propio órgano legislativo federal otorgó a la secretaría señalada la facultad de expedir las Normas Oficiales Mexicanas de carácter obligatorio en el ámbito de su competencia; por tanto, al establecerse en los citados reglamentos la autoridad específica en quien recae esa atribución, ello no implica más que la debida pormenorización y desarrollo de las citadas disposiciones legales, que en ejercicio de la facultad reglamentaria otorgada por el artículo 89, fracción I, constitucional, debe realizar el jefe del Ejecutivo Federal, mediante la expedición de las normas relativas al establecimiento de los órganos necesarios para la realización de las funciones previstas en la ley a cargo de una secretaría de Estado y en acatamiento, además, a lo señalado en los artículos 14 y 18 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, que prevén que los titulares de las dependencias de la administración pública federal, para el despacho de los asuntos de su competencia, podrán auxiliarse de los funcionarios que determine el reglamento interior respectivo, en el que también deben precisarse sus atribuciones.

Amparo en revisión 1763/98. Herramientas Truper, S.A. de C.V. 27 de noviembre de 1998. Cinco votos. Ponente: Mariano Azuela Güitrón. Secretaria: Fortunata Florentina Silva Vásquez.

instalación, sistema, actividad, servicio o método de producción u operación, así como aquellas relativas a la terminología, simbología, embalaje, marcado o etiquetado y las que se refieran a su cumplimiento o aplicación.<sup>155</sup>

La propuesta y elaboración de Normas Oficiales Mexicanas del sector salud se inició en 1992, mediante el Comité Consultivo de Normalización de Servicios de Salud de la Secretaría de Salud, dándose prioridad a aquellas que debía aprobarse de manera emergente, a fin de que no existiera un vacío normativo que redundara en detrimento de la protección a la salud de la población. En 1994, las primeras Normas Oficiales Mexicanas fueron aprobadas y publicadas.

Por cuanto hace a la Salubridad General en México, la actividad normativa de la Federación, se encuentra en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en sus artículos 4° y 73 fracción XVI, en la Ley General de Salud, así como en una serie de disposiciones reglamentarias (reglamentos administrativos, decretos, acuerdos y circulares), en los cuales se establecen reglas definitorias del orden jurídico sanitario del país, a las que a partir de que entrara en vigor la Ley General de salud en 1984, se sumaron las normas técnicas en materia de salubridad general, y ulteriormente, las Normas Oficiales Mexicanas, pues a consecuencia del desarrollo científico y tecnológico, resulta indispensable la inclusión de normas de derecho a efecto de solucionar problemas; es decir, se requiere de normas jurídicas como respuestas prácticas a problemas prácticos que requieren ser solventados.

Las normas alcanzan, según sus respectivas especialidades, a los servicios de salud y a los usuarios de éstos; aparejan obligación para los primeros y derecho para los segundos; así, concurren a dar contenido a los deberes de cuidado que presiden el ejercicio de la medicina.<sup>156</sup>

---

<sup>155</sup> Ley Federal sobre Metrología y Normalización, *op. cit.*, nota 153, p. 12.

<sup>156</sup> García Ramírez Sergio, *op. cit.*, nota 62, p. 227.

Por cuanto hace a la naturaleza jurídica de las normas en materia de Salubridad General de la República, en primer lugar es necesario ubicarlas dentro del orden jurídico mexicano; en efecto, el orden jurídico formalmente válido constituye, desde el ángulo formalista, un sistema construido de manera escalonada o graduada, en estructura jerárquica, en el cual, uno de los pisos o eslabones depende de otros, y a su vez, sostiene a otros.

Así las Normas Oficiales Mexicanas en materia de salubridad general, tienen carácter de normas reglamentarias, pues encuentran su fundamento jurídico originario en un cuerpo normativo de carácter ordinario, la Ley General de Salud, emitida por el Congreso de la Unión; además está determinada su jerarquía normativa por la autoridad encargada de su emisión, en este caso, la Secretaría de Salud, dependiente del Ejecutivo Federal.<sup>157</sup>

## 6.2 Elementos Distintivos.

Las Normas Oficiales Mexicanas tienen algunos elementos distintivos, entre los que destacan los siguientes:

- **Carácter técnico.**- Se trata de un conjunto de reglas técnicas; es decir, de un conjunto de procedimientos idóneos, establecidos para solucionar un problema relacionado con algún aspecto de Salubridad General de la República.
- **Carácter obligatorio.**- Son normativas, pues dejan de ser simples juicios derivados de un deber condicionado, puesto que los procedimientos técnicos se encuentran, a merced de estas normas, definidos de antemano.

---

<sup>157</sup> Ley General de Salud.

- Finalidad normativa.- Elemento derivado del contenido intrínseco de estas normas y que se refiere a los requisitos que deben satisfacerse en la organización y prestación de servicios de Salubridad General, en cuyo caso, los destinatarios (obligados) son los prestadores de carácter público y los gobernados en general.
- Autoridad encargada de su emisión.- La Secretaría de Salud, por ministerio de Ley, es la única con atribuciones para la normalización oficial de la Salubridad General de la República de manera circunscrita a las bases planteadas en la Ley General de salud y las que sean definidas por el Ejecutivo Federal, a través de los distintos reglamentos sanitarios derivados de la misma.

Además de los elementos expuestos, es necesario destacar el carácter general de las Normas Oficiales Mexicanas, el cual a diferencia de las leyes y reglamentos, deberá contener mayor nivel de detalle al ser formuladas. De igual manera, por cuanto hace a su carácter reglamentario, se debe destacar que el cometido de esta especie normativa, es complementar y precisar técnicamente las disposiciones formuladas para permitir tanto al intérprete como a quienes las apliquen, disponer de información completa para la observancia cabal de la norma oficial en particular, sin perjuicio de que, de resultar necesario, pudieren ser incluidos instructivos propiamente dichos, en el cuerpo de cada instrumento jurídico de esta índole.

### 6.3 Principios que rigen su Emisión.

Una vez revisadas de manera sucinta las características de las Normas Oficiales Mexicanas, es necesario señalar algunos principios para su emisión:

Principio de legalidad.- La formulación de estas normas deberá invariablemente respetar lo dispuesto en la Ley General de Salud y sus reglamentos, así como lo determinado por la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, el

Reglamento Interior de la Secretaría de Salud y otras disposiciones del orden federal, a fin de que no resulten inconstitucionales. Al respecto, el principio invocado, no es sino la manifestación de la garantía de legalidad contenida en los artículos 14 y 16 constituciones, referida al acto de autoridad que entraña la emisión de normas oficiales, pues constituyéndose el mismo, en acto de aplicación de la Ley General de Salud y de sus Reglamentos, debe estar fundado y motivado.

Artículo 14.- *“... Nadie podrá ser privado de la vida, de la libertad o de sus propiedades, posesiones o derechos, sino mediante juicio seguido ante los tribunales previamente establecidos, en el que se cumplan las formalidades esenciales del procedimiento y conforme a las leyes expedidas con anterioridad al hecho ...”*

Artículo 16.- *“Nadie puede ser molestado en su persona, familia, domicilio, papeles o posesiones, sino en virtud de mandamiento escrito de la autoridad competente, que funde y motive la causa legal del procedimiento ...”*

La fundamentación y motivación de cada norma oficial, habrá de realizarse en el texto introductorio, en el cual se exponen los considerandos y motivos que han llevado a la autoridad a emitir la norma.

Principio de publicidad.- Deriva de los artículos 3° y 4° del Código Civil para el Distrito Federal, en materia común y para toda la República en materia federal. Al efecto, los citados artículos en su parte conducente establecen:

Artículo 3°.- *“Las leyes, reglamentos, circulares o cualesquiera otras disposiciones de observancia general, obligan o surten sus efectos tres días después de su publicación en el periódico oficial ....”*

Artículo 4°.- *“Si la Ley, reglamento, circular o disposición de observancia general fija el día en que debe comenzar a regir, obliga desde ese día con tal de que su publicación haya sido anterior.”*

De esta manera, las normas oficiales habrán de ser obligatorias cuando hayan sido publicadas debidamente en el Diario Oficial de la Federación.

Principio de formalidad.- Se refiere a la necesidad de que cada norma oficial sea identificada como tal dentro de su propio texto; por ello, se deberá expresar el instrumento jurídico de que se trata; es decir, que es una norma oficial en materia de salubridad general. Esto desde el punto de vista práctico, facilita su identificación y evita confusiones.

Principio de eficacia.- Al tratarse de normas provistas de contenido esencialmente técnico, debe estimarse que los elementos de tal índole a incluir en el cuerpo de la norma, deben responder a la resolución de problemas a solventar mediante la actividad normativa.

Principio de unicidad terminológica.- Cada término técnico a emplear, no debe ser usado en más de un significado, a efecto de no generar dificultades para la interpretación normativa, por ello resulta recomendable la elaboración de un glosario común para la norma oficial.

Principio de fundamentación cultural.- Puede ser entendido como la necesidad de tomar en cuenta las costumbres y el comportamiento social en la formulación de toda regla de derecho de observancia general.

Principio de protección.- El emisor de la norma deberá tomar en cuenta las necesidades sociales, nacionales, y en general, los derechos e intereses de la sociedad. A tal efecto, cabe recordar el contenido eminentemente social del derecho a la protección de la salud.

Principio de participación.- Se refiere a la posibilidad de que los grupos sociales, las instituciones y los prestadores de servicios, puedan emitir sus opiniones sobre el contenido de las normas durante su período de formulación, a efecto de que la autoridad pueda apreciar los intereses que inciden en la materia a normar, así mismo, es complementario de lo anteriormente enunciado.

Principio de justificación o exteriorización del espíritu de la fuente.- Este principio impone al emisor, la obligación de expresar los motivos y consideraciones

que lo han llevado a expedir el instrumento jurídico una vez elaborado, ello tiene por fin práctico, facilitar la comprensión del texto, y en su caso, poder percatarse de la intención que se tuvo de emitir alguna disposición determinada; esto brinda amplias posibilidades para la interpretación del derecho y contribuye a la eliminación de la oscuridad de que a veces adolecen los preceptos jurídicos.

#### 6.4 Integración del Cuerpo Normativo.

Una vez definida la norma oficial a elaborar, deberán establecerse los rubros a tratar, generalmente, en los textos de las disposiciones jurídicas, se realiza mediante capítulos; sin embargo, las necesidades de cada caso concreto, deberán determinar la desagregación en rangos clasificatorios. En ese orden de ideas, para la integración del el cuerpo normativo deben emplearse los rubros siguientes:

- Títulos, para agrupar varios capítulos y secciones para subdividir a éstos.
- Formulación de artículos.- Una vez definido con claridad el orden lógico en que habrá de exponerse el contenido de la norma a elaborar, de procederse a formular el artículo que integrará cada uno de los capítulos que la conformarán, mediante empleo de lenguaje claro y sencillo, evitando palabras multívocas; es decir, uso de palabras con significado definido y que no se les utilice con otro distinto para no generar confusiones.
- Clasificación de los artículos.- Una importante situación al momento de redactar artículos, se refiere a la necesidad de subdividirlos, para estos casos, la técnica normativa aporta distintas formas: apartados, fracciones, incisos, párrafos, etc.
- Empleo de diagramas.- De ser necesario, pueden incluirse diagramas de flujo y otros elementos análogos que contribuyan a dar mayor claridad a los preceptos.
- Acuerdo No. 22 del C. Titular del Ramo, el cual señala: *Se respetará el principio de reserva de la Ley, a efecto de que los ordenamientos reglamentarios no invadan la esfera que corresponda a las leyes; Se observarán los principios de coordinación y congruencia legislativa, correlacionando los proyectos con los ordenamientos en vigor con el propósito de prevenir conflictos de aplicación; su redacción deberá ser sencilla, clara y breve; cuando se haga referencia a la*

*misma institución o al mismo concepto deberán utilizarse los mismos términos; evitarán ser declarativos, redundantes o meramente pedagógicos; deberán preferirse los términos técnicos precisos y unívocos a los generales y multívocos.*<sup>158</sup>

Atendiendo al artículo 41 de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, las Normas Oficiales Mexicanas deberán contener:

- I. La denominación de la norma y su clave o código, así como las finalidades de la misma, conforme al Artículo 40;
- II. La identificación del producto, servicio, método, proceso, instalación o, en su caso, del objeto de la norma conforme a lo dispuesto por el artículo precedente;
- III. Las especificaciones y características que correspondan al producto, servicios, método, proceso, instalación o establecimientos que se establezcan en la norma en razón de su finalidad;
- IV. Los métodos de prueba aplicables en razón con la norma y en su caso, los de muestreo;
- V. Los datos y demás información que deban contener los productos o, en su defecto, sus envases o empaques, así como el tamaño y características de las diversas indicaciones;
- VI. El grado de concordancia con normas y lineamientos internacionales y con las Normas Mexicanas tomadas como base para su elaboración;
- VII. La bibliografía que corresponda a la norma;
- VIII. La mención de la o las dependencias que vigilarán el cumplimiento de las normas cuando exista concurrencia de competencias; y
- IX. Las otras menciones que se consideren convenientes para la debida comprensión y alcance de la norma.

En la elaboración de Normas Oficiales Mexicanas participarán ejerciendo sus respectivas atribuciones, las dependencias a quienes corresponda la regulación o control del producto, servicio, método, proceso o instalación, actividad o materia a

---

<sup>158</sup> Acuerdo No. 22 que establece las Normas y Criterios para la Racionalización de la Actividad Jurídica y de los Procedimientos Administrativos de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, publicado en el Diario Oficial de la Federación, México, 1984.

normalizarse. Corresponde a las dependencias elaborar los anteproyectos de Normas Oficiales Mexicanas y someterlos a los comités consultivos nacionales de normalización. Los comités consultivos nacionales de normalización, con base en los anteproyectos mencionados, elaborarán a su vez los proyectos de Normas Oficiales Mexicanas de conformidad con el Capítulo II de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, referente a las Normas Oficiales Mexicanas y las Normas Mexicanas.

En cuanto a su publicación, los proyectos de Normas Oficiales Mexicanas deben ajustarse al siguiente procedimiento:

- I. Se publicarán íntegramente en el Diario Oficial de la Federación a efecto de que dentro de los siguientes 60 días naturales, los interesados presenten sus comentarios al comité consultivo nacional de normalización correspondiente;
- II. Al término del plazo a que se refiere la fracción anterior, el comité consultivo nacional de normalización correspondiente, estudiará los comentarios recibidos y, en su caso, procederá a modificar el proyecto en un plazo que no excederá los 45 días naturales;
- III. Se ordenará la publicación en el Diario Oficial de la Federación de las respuestas a los comentarios recibidos así como de las modificaciones al proyecto, cuando menos 15 días naturales antes de la publicación de la Norma Oficial Mexicana; y
- IV. Una vez aprobadas por el comité de normalización respectivo, las Normas Oficiales Mexicanas serán expedidas por la dependencia competente y publicadas en el Diario Oficial de la Federación.<sup>159</sup>

En este orden de ideas y habiéndose razonado en diversos capítulos de este trabajo, la necesidad de disponer de un mecanismo normativo para la regulación del consentimiento bajo información, se presenta la propuesta de la Norma Oficial Mexicana del Consentimiento Bajo Información.

---

<sup>159</sup> Ley Federal sobre Metrología y Normalización, *op. cit.*, nota 153, p. 15.

## **7. Metodología.**

### **7.1 Planteamiento del Problema.**

Los hospitales, clínicas y centros de salud, son organizaciones que movilizan la capacidad y esfuerzo de una amplia variedad de personal, con objeto de proporcionar servicio altamente individualizado y personalizado.

La responsabilidad social, funcional y moral que recae sobre este tipo de organizaciones y su personal, es de alta trascendencia, pues las acciones están dirigidas a preservar bienes inestimables, como la vida, la salud y el bienestar de seres humanos. Así mismo, las organizaciones de salud, deben acatar ordenamientos legales en el desarrollo de sus actividades de atención a los usuarios, así como para el control de los procedimientos administrativos, plasmados en el derecho administrativo, sanitario, civil y penal.

La prestación de servicios de atención médica, puede verse afectada por errores y omisiones que comprometen el bienestar y la vida de los pacientes. Es decir, por acción u omisión, el personal puede generar daños al paciente, incluso ocasionar su muerte, incurriendo así en ilícitos civiles y penales. Es por ello, que se requiere estudiar cuales son las principales deficiencias en la prestación de los servicios.

Si bien es cierto que desde el enfoque de la sociedad, en el médico recae el esmerado deber de cuidado y por la naturaleza de su quehacer, se le identifica como el principal actor de la prestación del servicio, no escapa que las funciones administrativas relacionadas con la práctica médica, tienen extraordinaria relevancia, pues son los administradores quienes proveen al personal de salud de las instalaciones, estructura, recursos financieros, personal, funcionamiento de los equipos y suficiencia de material, el cual, como es bien sabido, se incrementa en importancia conforme al nivel de atención, a la complejidad de las enfermedades, al volumen de pacientes y en lo general, a la capacidad resolutoria de una unidad

médica, ya sea centro de salud, clínica u hospital. En este interactuar, es evidente que todos los miembros de la organización, tienen responsabilidades jurídicas.

Por otra parte, la preocupación por la calidad, es una constante en el desarrollo de los sistemas de salud, ello está relacionado con las perspectivas administrativas y de la práctica médica. Esta preocupación por mejorar la calidad, muestra que existe un movimiento por querer hacer las cosas bien, empero, se requieren estudios serios, que aporten elementos objetivos, los cuales sean de utilidad para el personal directivo, médico y administrativo de las organizaciones dedicadas a la prestación de servicios de salud.

Los pacientes pueden sufrir graves daños a su salud, pues cuando el personal de salud no desempeña sus funciones atendiendo a su deber de cuidado, puede afectarse el estado físico de los pacientes, y por tanto, ser considerados legalmente responsables, exigiéndoles la reparación de daños y perjuicios, atendiendo al efecto adverso que se hubiera generado (daño físico, daño moral, indemnización por muerte, sueldos perdidos, gastos médicos futuros, entre otros).

En razón a lo anterior, se desprende, la necesidad de investigar las deficiencias que originan efectos adversos durante la prestación de los servicios de atención médica, con el propósito de diseñar mecanismos normativos, para contribuir al mejor funcionamiento de las organizaciones de salud y evitar discapacidades, así como la muerte de pacientes, erogaciones por reparación del daño y en su caso, la privación de la libertad de un miembro del personal de la unidad médica.

## 7.2 Justificación.

Las organizaciones de salud son interactivas y requieren alta participación de labor humana, por ello son vulnerables a presentar deficiencias en la realización del servicio.

Cuando el prestador del servicio y el paciente interactúan, se incrementa la posibilidad para que surjan errores y malos entendidos. Atendiendo a la bibliografía

consultada, las variaciones en la calidad, tienden a ser más frecuentes en los servicios que requieren labor humana intensa, en contraste con aquellos en los que predominan las máquinas.

La prestación deficiente del servicio, puede tener origen en amplia variedad de factores, por ejemplo: sistemas internos incapaces de brindar apoyo necesario al personal médico, insuficiencia de recursos, falta de personal, insuficiente información al paciente, entre otros.

En ese sentido, los objetivos de la investigación, llevan en forma implícita la identificación de deficiencias de diversas áreas de una organización de salud, las cuales se estima pueden evidenciar los errores u omisiones en los procedimientos.

La investigación se orientó a identificar deficiencias en la prestación de servicios de salud, y su importancia radica, en estudiarse lo que ocurre en la realidad, para determinar áreas de oportunidad y establecer pautas específicas y prácticas orientadas a mejorar los servicios.

Investigar deficiencias que originan efectos adversos en los pacientes, permite determinar elementos susceptibles de modificación, los cuales den sustento a la elaboración de propuestas normativas para su prevención y corrección.

### 7.3 Preguntas de Investigación.

¿Cuáles son las principales deficiencias que se asocian con mala práctica en controversias por prestación de servicios de salud y que repercusión tienen en la salud de los pacientes?

¿Es necesario disponer de instrumentos normativos que regulen acciones médico-administrativas en las organizaciones de salud para prevenir la mayoría de las deficiencias en la prestación del servicio?

## 7.4 Objetivos de la Investigación.

### Objetivo General.

- Estudiar controversias en la prestación de servicios de salud, en búsqueda de las principales deficiencias médicas y administrativas, para orientar estrategias que promuevan mejoría de los procesos médicos y administrativos, lo que permitirá evitar detrimento en la salud de los pacientes, conflictos en la materia, así como incrementar la calidad de la atención médica.

### Objetivos Específicos.

- Identificar el comportamiento de las deficiencias médicas y administrativas que participan negativamente en la prestación de servicios de salud, así como su repercusión en la salud de los pacientes.
- Identificar las deficiencias administrativas que tienen relación con las controversias en la prestación de servicios de salud.
- Determinar factores clave relacionados con deficiencias en la prestación de servicios de salud, a fin de identificar las áreas médicas y administrativas susceptibles de mejora, para prevención de controversias.
- Proponer el proyecto de Norma Oficial Mexicana en materia del Consentimiento Bajo Información, atendiendo a la identificación de desviaciones en la prestación de servicios de salud.

## 7.5 Hipótesis.

### Hipótesis de Trabajo.

Es posible evitar las deficiencias médicas y administrativas en la prestación de servicios de atención médica, mediante una Norma Oficial Mexicana del Consentimiento Bajo Información.

### Hipótesis Específicas.

H<sub>1</sub>.- La mayoría de las controversias en la prestación de servicios de salud se deben a deficiencias médicas en el servicio brindado.

H<sub>2</sub>.- La mayoría de las controversias en la prestación de servicios de salud se deben a deficiencias administrativas en el servicio brindado.

H<sub>3</sub>.- Las carencias en factores como son: disponibilidad de medicamentos, material de curación, disponibilidad de laboratorio y gabinete, personal médico, personal de enfermería; oportunidad en la atención, atención brindada por personal calificado, supervisión del personal actuante, pueden originar mala práctica en la prestación de servicios de atención médica.

H<sub>4</sub>.- Las carencias en factores como son: información al paciente, carta de consentimiento bajo información, integración del expediente clínico, establecimiento del diagnóstico, empleo de laboratorio y gabinete por parte del personal médico, instauración del tratamiento, evolución de la enfermedad respecto del tratamiento aplicado, tratamiento de complicaciones, evolución de la enfermedad, referencia del paciente, pueden originar mala práctica en la prestación de servicios de atención médica.

H<sub>5</sub>.- Existe evidencia suficiente para apoyar que existen factores de mayor gravedad en la generación de mala práctica en controversias por prestación de servicios de salud.

Las hipótesis nulas niegan los supuestos anteriores.

### 7.6 Unidades de Análisis.

Casos arbitrales, derivados de controversias en la prestación de servicios de salud, en establecimientos públicos, sociales y privados, atendidos de septiembre de 1996 a septiembre de 2001, en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, seleccionados por muestreo aleatorio simple.

7.7 Universo de Estudio.

Comprende aquellos casos arbitrales estudiados por CONAMED, derivados de controversias en la prestación de servicios de salud, en establecimientos públicos, sociales y privados, en el período septiembre de 1996 a septiembre de 2001, los cuales corresponden a 2,041 asuntos.

7.8 Muestra.

Después de haber realizado el cálculo del tamaño de muestra, acorde al tipo de estudio y características de los eventos. Se eligió un muestreo aleatorio simple, ("Adequacy of Sample Size in Health Studies", Published by John Wiley & Sons on behalf of the World Health Organization, 1990.) en donde:

1 - α =	95	Confianza
P =	0.60	Prevalencia
d =	0.05	Error
N =	2,041	Tamaño de la población
n =	313	Muestra

Fórmula:

$$n = \frac{z^2 1 - P(1 - P) N}{d^2 (N - 1) + z^2 1 - P(1 - P)}$$

Se realizó la revisión de los 313 casos arbitrales, cuya información fue vertida en una guía de análisis documental de 36 preguntas y 212 variables, de la cual previamente se efectuó prueba piloto con 50 casos.

Cabe mencionar, que los documentos que contienen el análisis del caso realizado por Comisión Nacional de Arbitraje Médico, están integrados por tres capítulos fundamentales: A) Resumen clínico, el cual se integra en términos del

expediente clínico y las constancias aportadas por las partes controvertidas. B) Sustrato teórico del padecimiento o padecimientos que deben estudiarse en el caso; es decir, los estándares establecidos en la literatura generalmente aceptada, así como en las Normas Oficiales Mexicanas. C) Análisis del caso, el cual describe la evaluación de la prestación del servicio, en términos de los parámetros mencionados, quedando documentadas las desviaciones observadas, cuando así corresponde.

Cabe mencionar, que el análisis por parte de CONAMED, es colegiado, participan médicos de la especialidad que a cada caso corresponde, teniendo como guía el protocolo institucional, esto con el fin de garantizar la imparcialidad y que el estudio del caso sea con apego a los estándares establecidos por la *lex artis* para la prestación de servicios de atención médica.

#### 7.9 Guía de Análisis Documental.

Para efectuar el estudio de los casos, se elaboró una guía; como fase exploratoria inicial para su elaboración, se realizaron entrevistas con diez especialistas en solución de controversias derivadas de la prestación de servicios de salud. Durante las mismas, se indagó acerca de las deficiencias en la atención de los pacientes, de manera específica, se preguntaron cuales debieran considerarse las principales fallas y problemas observados, así como los factores que pudieran relacionarse con deficiencia en el servicio.

Se revisó el marco general relacionado con la prestación de servicios de salud, destacándose los rubros siguientes: controversias en la prestación de servicios de salud, proceso de atención médica, expediente clínico, consentimiento bajo información, mala práctica, entre otros.

Así mismo, se tomaron como referencia diferentes modelos empleados en la evaluación de la calidad del servicio:

- ❖ Modelo de Zeithaml, Parasuraman y Berry, también conocido como “Modelo de Deficiencias” o “Modelo SERVQUAL”.
- ❖ Modelo Nacional para la Calidad Total 2002.
- ❖ Health Care Criteria for Performance Excellence 2001. The Malcom Baldrige National Quality Award Program. National Institute of Standards and Technology. Technology Administration United States Department of Commerce.

La guía de análisis documental, cuenta con dos factores generales de evaluación:

➤ RECURSOS.

- Personal.- Disponibilidad de personal médico y enfermería.
- Insumos.- Disponibilidad de medicamentos, material de curación, laboratorio clínico y gabinete.

➤ PROCESO DE ATENCIÓN.

- Respuesta a la demanda de servicio.- Atención oportuna a los usuarios; atención brindada por personal calificado; supervisión del personal actuante.
- Información y aceptación para recibir atención médica.- Acciones de información al paciente; suscripción de carta de consentimiento bajo información, cumplimiento de la carta de consentimiento con los requisitos legales, registro de los procedimientos a realizar en la carta de consentimiento, realización de los procedimientos referidos en la carta de consentimiento; integración del expediente clínico.
- Obligaciones de medios de diagnóstico y tratamiento.- Establecimiento del diagnóstico; empleo de estudios de laboratorio clínico y gabinete por parte del personal médico; instauración del tratamiento; evolución de la enfermedad respecto del tratamiento aplicado; presentación, detección y manejo de complicaciones; referencia del paciente a otra unidad médica; efectos en la salud del enfermo.

En ese sentido, se analizaron factores materiales, humanos, de procedimientos, así como de información, en busca de las principales deficiencias y su repercusión en la prestación del servicio, así como en la salud del paciente. De igual manera, la guía contó con ítemes para obtener información general del paciente y del servicio brindado:

- a) Del paciente: edad y sexo.
- b) Del servicio brindado: entidad federativa, tipo de establecimiento (público, social o privado), nivel de atención (primero, segundo, tercero), servicio que brindó la atención y la especialidad médica.

La guía se construyó empleando la escala diferencial semántico a fin de establecer gradación en cuanto a las categorías calificadas. Las respuestas se calificaron atendiendo a una codificación, para la cual se empleó una escala que oscila entre 1 y 5, calificándose con 5 la respuesta que se relaciona muy estrechamente con el extremo de la escala más favorable y, 1 cuando la respuesta se relaciona muy estrechamente con el extremo menos favorable. La información se recopiló por el investigador, empleando para ello, el análisis del caso, efectuado por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

#### 7.10 Tipo de investigación.

Conforme al planteamiento anterior, esta es una investigación mixta, de predominio cualitativa, método etnográfico, con análisis transversal.

Para la captura y análisis de la información se utilizó el paquete estadístico EPI-INFO versión 2000 actualizada a agosto 2006.

## **8. Resultados, Análisis y Discusión.**

En los 313 casos arbitrales, se identificaron un total de 117 (37.4%) hombres y 196 (62.6%) mujeres, el grupo de edad con la proporción más elevada fue el de 25 a 44 años y que distribuyó como la mayor frecuencia, tanto en hombres como en mujeres, 34.19% y 54.59% respectivamente; el grupo etario con la menor frecuencia fue el de menores de un año. Esta distribución muestra diferencias significativas en la distribución por los grupos de edad (cuadro 1).

**Cuadro 1.- Distribución por grupo de edad y género.**

<b>Grupo de edad</b>	<b>Hombres</b>	<b>%</b>	<b>Mujeres</b>	<b>%</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
Menor de 1 año	9	7.69	1	0.51	10	3.19
1 a 4 años	4	3.42	7	3.57	11	3.51
5 a 14 años	6	5.13	7	3.57	13	4.15
15 a 24 años	12	10.26	18	9.18	30	9.58
25 a 44 años	40	34.19	107	54.59	147	46.96
45 a 64 años	37	31.62	45	22.96	82	26.20
65 y más	9	7.69	11	5.61	20	6.39
<b>TOTAL</b>	<b>117</b>	<b>100</b>	<b>196</b>	<b>100</b>	<b>313</b>	<b>100</b>

Las frecuencias más elevadas, se encontraron en los grupos de edad de 25 a 44 años y de 45 a 64 años, lo cual tiene como significado, que estos son los grupos, no sólo que demandan mayor atención en salud, sino que además, en ellos ocurren la mayoría de los problemas en la atención médica, principalmente en las mujeres.

Los establecimientos en donde se realizó la atención, fueron agrupados en servicios públicos, sociales y privados. El servicio público representó el porcentaje más elevado de éstos con 74.4%, seguido del servicio privado con 25.2%. La población que no cuenta con protección de la seguridad social a nivel nacional representa 50%, el Instituto Mexicano del Seguro Social aproximadamente el 40%, y los demás representan una proporción baja (10%). Es por ello, que en estos resultados, el sector público tiene el mayor porcentaje (cuadro 2).

**Cuadro 2.- Distribución por establecimiento donde se brindó la atención médica.**

Tipo de establecimiento donde se brindó la atención	Frecuencia	Porcentaje
Público	233	74.40%
Social	1	0.30%
Privado	79	25.20%
<b>Total</b>	<b>313</b>	<b>100.00%</b>

La atención fue brindada mayormente en el segundo nivel de atención 84.7%, ello significa que en donde se llevan a cabo el mayor número de procedimientos, tanto por su complejidad y frecuencia, son en este nivel de atención; sin dejar de mencionar, que en el tercer nivel de atención, se atienden problemas de salud de mayor complejidad y menor frecuencia, así mismo, que el número de pacientes que tienen la posibilidad de acceder a estos servicios, son pocos (cuadro 3).

**Cuadro 3.- Distribución por niveles de atención médica.**

Nivel de Atención	Frecuencia	Porcentaje
Primero	24	7.70%
Segundo	265	84.70%
Tercero	24	7.70%
<b>Total</b>	<b>313</b>	<b>100%</b>

La atención médica de acuerdo a su intervención, se distribuyó en médica, quirúrgica y odontológica, la quirúrgica obtuvo el mayor porcentaje con 61.3%, seguida de la médica y odontológica 34.5% y 4.2%, respectivamente (cuadro 4).

**Cuadro 4.- Distribución conforme al tipo de atención brindada.**

Tipo de atención	Frecuencia	Porcentaje
Médica	108	34.50%
Quirúrgica	192	61.30%
Odontológica	13	4.20%
<b>Total</b>	<b>313</b>	<b>100.00%</b>

Los servicios en los que fueron atendidos los pacientes, fueron clasificados en siete áreas, siendo la de hospitalización la más utilizada, con un porcentaje del 61.7%, seguida del servicio de urgencias con 19.5%; es importante señalar, que el resto de los servicios obtuvieron una distribución menor. Esto quiere decir, que la mayoría de las atenciones brindadas, se concentraron en Hospitalización y Urgencias (cuadro 5).

**Cuadro 5.- Distribución conforme a los servicios donde se brindó la atención.**

Servicios en los que se proporcionó la atención	Frecuencia	Porcentaje
Urgencias	61	19.49%
Consulta externa	36	11.50%
Hospitalización	193	61.66%
Cirugía	7	2.24%
Consultorio médico	6	1.92%
Consultorio odontológico	10	3.19%
<b>Total</b>	<b>313</b>	<b>100.00%</b>

Así mismo, se realizó el análisis de las 28 especialidades que resultaron involucradas en la atención médica, tanto del primero, como del segundo nivel. Se identificó que existen tres especialidades con la mayor frecuencia, en primer lugar se ubicó al Servicio de Gineco-obstetricia quirúrgica con 21.1%, seguido por 13.4% correspondiente al Servicio de Cirugía General, y el de Ortopedia y Traumatología quirúrgica con 9.6%. Como se comentó en los cuadros anteriores, existe congruencia en lo encontrado con los niveles de atención identificados y las especialidades involucradas, entre más complejo es el servicio brindado, más alto es el nivel de atención, de los dos primeros se encuentran principalmente en el segundo nivel de atención (cuadro 6).

**Cuadro 6.- Distribución conforme a la intervención de los especialistas involucrados en la atención médica.**

<b>Especialidad médica involucrada</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Anestesiología	7	2.20%
Angiología y Cirugía Cardiovascular	3	1.00%
Cardiología	7	2.20%
Cirugía de Tórax	1	0.30%
Cirugía General	42	13.40%
Cirugía Máxilofacial	1	0.30%
Cirugía Pediátrica	1	0.30%
Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva	8	2.60%
Dermatología	1	0.30%
Gastrocirugía	1	0.30%
Gastroenterología	5	1.60%
Gineco-obstetricia	10	3.20%
Gineco-obstetricia quirúrgica	66	21.10%
Medicina Interna.	15	4.80%
Neumología	6	1.90%
Neurocirugía	3	1.00%
Neurología	8	2.60%
Odontología	11	3.50%
Oncología	8	2.60%
Oncología quirúrgica	5	1.60%
Ortopedia y Traumatología	16	5.10%
Ortopedia y Traumatología quirúrgica	30	9.60%
Otorrinolaringología	2	0.60%
Otorrinolaringología quirúrgica	5	1.60%
Pediatría	21	6.70%
Urología	9	2.90%
Urología quirúrgica	7	2.20%
Otras	14	4.50%
<b>TOTAL</b>	<b>313</b>	<b>100.00</b>

Otras especialidades que estuvieron involucradas en la atención de los pacientes, con frecuencias muy bajas, es el caso de Medicina Interna, Neurología, Oncología quirúrgica etc., esto quiere decir, que un paciente recibió más allá de una atención en servicios distintos (cuadro 7).

**Cuadro 7.- Distribución de especialistas involucrados en la atención médica (Segunda intervención).**

<b>Especialidad médica involucrada</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Cirugía General	1	5.00%
Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva	1	5.00%
Gineco-obstetricia quirúrgica	2	10.00%
Medicina Crítica	2	10.00%
Medicina Interna	6	30.00%
Neurología	1	5.00%
Oncología	1	5.00%
Ortopedia y Traumatología	1	5.00%
Ortopedia y Traumatología quirúrgica	2	10.00%
Pediatría	3	15.00%
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100.00%</b>

Por otro lado, se identificaron las entidades del país que estuvieron involucradas con la atención de los pacientes en los 313 casos, y sólo tres Estados de la República Mexicana no tuvieron participación: Baja California Sur, Chiapas y Campeche. La entidad con el mayor número de casos identificados fue el Distrito Federal con 58.8%, seguido por Veracruz con tan sólo el 4.8%, el resto de los Estados del país, se encuentra por debajo del 3% (cuadro 8).

**Cuadro 8.- Distribución de los servicios brindados en las entidades del país.**

<b>Entidad federativa donde se brindó la atención</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Aguascalientes	4	1.30%
Baja California	3	1.00%
Coahuila	2	0.60%
Colima	3	1.00%
Chihuahua	10	3.20%
Distrito Federal	184	58.80%
Durango	2	0.60%
Guanajuato	7	2.20%
Guerrero	5	1.60%
Hidalgo	3	1.00%
Jalisco	7	2.20%
México	6	1.90%
Michoacán	6	1.90%
Morelos	3	1.00%
Nayarit	2	0.60%
Nuevo León	2	0.60%
Oaxaca	4	1.30%
Puebla	7	2.20%
Querétaro	4	1.30%
Quintana Roo	2	0.60%
San Luis Potosí	5	1.60%
Sinaloa	2	0.60%
Sonora	3	1.00%
Tabasco	3	1.00%
Tamaulipas	9	2.90%
Tlaxcala	1	0.30%
Veracruz	15	4.80%
Yucatán	5	1.60%
Zacatecas	4	1.30%
<b>Total</b>	<b>313</b>	<b>100.00%</b>

Atendiendo a los factores relacionados con la disponibilidad de recursos para brindar la atención, se encontró que en la mayoría de los casos existió suficiente personal médico (85.3%) y de enfermería (Cuadros 9 y 10).

**Cuadro 9.- Suficiencia de personal médico para brindar la atención.**

Suficiencia de personal médico para la atención	Frecuencia	Porcentaje
1	10	3.2%
2	17	5.4%
3	3	1.0%
4	16	5.1%
5	267	85.3%
<b>Total</b>	<b>313</b>	<b>100.00%</b>

**Cuadro 10.- Suficiencia de personal de enfermería para brindar la atención.**

Suficiencia de personal de enfermería para la atención	Frecuencia	Porcentaje
1	8	2.6%
2	8	2.6%
3	1	0.3%
4	14	4.5%
5	282	90.1%
<b>Total</b>	<b>313</b>	<b>100.00%</b>

Por lo que se refiere a la suficiencia de insumos como son medicamentos, material de curación, laboratorio y gabinete, los resultados obtenidos muestran que los recursos fueron suficientes para brindar la atención en la mayoría de los casos, pues se encontraron por arriba del 60%, 70%, 65.6%, 64.9% y 63.9% respectivamente. Esto indica que las deficiencias observadas en la prestación del servicio, no son atribuibles a la falta de este tipo de recursos (Cuadros 11, 12, 13 y 14).

Esta información resulta de interés, pues cotidianamente se atribuyen las deficiencias en la atención médica a insuficiencia o falta de insumos, y en este caso, se observa que no fue así, pues como se verá más adelante las desviaciones se generaron por otros factores.

**Cuadro 11.- Suficiencia de medicamentos para brindar la atención.**

Suficiencia de medicamentos para la atención	Frecuencia	Porcentaje
1	13	4.2%
2	28	8.9%
3	23	7.3%
4	30	9.6%
5	219	70.0%
<b>Total</b>	<b>313</b>	<b>100.00%</b>

**Cuadro 12.- Suficiencia de material de curación para brindar la atención.**

Suficiencia de material de curación para la atención	Frecuencia	Porcentaje
1	31	9.9%
2	31	9.9%
3	17	5.4%
4	29	9.3%
5	205	65.5%
<b>Total</b>	<b>313</b>	<b>100.00%</b>

**Cuadro 13.- Disponición de laboratorio clínico durante la atención.**

Disponibilidad de laboratorio clínico	Frecuencia	Porcentaje
1	23	7.3%
2	31	9.9%
3	19	6.1%
4	37	11.8%
5	203	64.9%
<b>Total</b>	<b>313</b>	<b>100.00%</b>

**Cuadro 14.- Disponición de gabinete de imagen durante la atención.**

Disponibilidad de gabinete	Frecuencia	Porcentaje
1	23	7.3%
2	31	9.9%
3	20	6.4%
4	39	12.5%
5	200	63.9%
<b>Total</b>	<b>313</b>	<b>100.00%</b>

Lo anterior, demuestra que en los 313 casos analizados, la falta o insuficiencia de personal o insumos, no guarda relación significativa con la mala práctica y los efectos adversos ocurridos en los pacientes. Es decir, el factor general de evaluación denominado en esta investigación RECURSOS (Disponibilidad de personal médico y enfermería, así como disponibilidad de medicamentos, material de curación, laboratorio clínico y gabinete), no resultó determinante en la generación de mal *praxis*.

Por cuanto hace al factor denominado PROCESO DE ATENCIÓN, se observó lo siguiente:

En lo que se refiere a la oportunidad con que se brindó la atención, resultó que sólo en el 48.2% los pacientes fueron atendidos con oportunidad, en 8.90% la atención fue relativamente oportuna y en el 33.5% la atención no se brindó con la oportunidad que requería el caso. Esto demuestra, que en un elevado porcentaje, los pacientes no fueron atendidos con la inmediatez que necesitaba su padecimiento, y estos retrasos no son atribuibles a la falta de insumos, ni de personal médico.

Por cuanto hace a la atención que el caso ameritaba y la atención brindada sobre el mismo, la evaluación de la atención se ve diluida, pues como se mencionó en el rubro de atención al problema identificado, sólo en el 48.2% fue suficiente, pero en los rubros de insuficiente el porcentaje fue de 33.5% (Cuadros 15 y 16).

La relación que tiene el anterior hallazgo con la atención brindada por el médico idóneo (el especialista para el padecimiento), es contrastante, pues en el 87.9% la atención fue brindada por el personal médico que requería el caso, por ello se debería esperar que en ambos rubros los resultados fueran homogéneos. Esto indica, que la falta de oportunidad en la atención, es atribuible a otros factores, como pudieran ser problemas de tipo administrativo relacionados con los procedimientos para la atención, lo cual sería motivo de futuras investigaciones.

**Cuadro 15.- Oportunidad en la atención que el caso ameritaba.**

Oportunidad con la que se brindó la atención que el caso ameritaba	Frecuencia	Porcentaje
1	53	16.90%
2	52	16.60%
3	29	9.30%
4	28	8.90%
5	151	48.20%
<b>Total</b>	<b>313</b>	<b>100.00%</b>

**Cuadro 16.- Atención médica brindada por el personal médico que el caso requería.**

Atención brindada por el personal médico idóneo	Frecuencia	Porcentaje
1	10	3.20%
2	9	2.90%
3	3	1.00%
4	16	5.10%
5	275	87.90%
<b>Total</b>	<b>313</b>	<b>100.00%</b>

Uno de los rubros más débiles encontrados fue la supervisión, pues sólo el 38% fue suficiente, por su parte, los rubros de insuficiente 1 y 2 suman 44.73% (Cuadro 17).

**Cuadro 17.- Supervisión de la atención médica.**

Supervisión	Frecuencia	Porcentaje
1	53	16.93%
2	87	27.80%
3	26	8.31%
4	28	8.95%
5	119	38.02%
<b>Total</b>	<b>313</b>	<b>100.00%</b>

Por lo que se refiere a la información al paciente, el médico tiene el deber jurídico de informar, y en la medida en que se brinde la información médica acerca de las características del plan diagnóstico y terapéutico, se refuerza el vínculo médico paciente.

En la relación médico-paciente, el objetivo principal es mejorar o restablecer el estado de salud del enfermo, por ello es indispensable la comunicación entre ellos. Sin embargo, en la presente investigación, los resultados mostraron que la información al paciente respecto a su atención y plan a seguir, no fue suficiente en más del 50% de los casos (cuadro 18).

Lo anterior, además, muestra que el personal médico que brindó la atención, incumplió con lo establecido por el artículo 29 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, el cual señala: *“Todo profesional de la salud estará obligado a proporcionarle al usuario y, en su caso, a sus familiares, tutor o representante legal, información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento correspondientes.”*

**Cuadro 18.- Información al paciente sobre su atención.**

El paciente estuvo enterado de su atención a seguir	Frecuencia	Porcentaje
<b>1</b>	<b>52</b>	<b>16.60%</b>
<b>2</b>	<b>117</b>	<b>37.40%</b>
<b>3</b>	<b>65</b>	<b>20.80%</b>
<b>4</b>	<b>46</b>	<b>14.70%</b>
<b>5</b>	<b>33</b>	<b>10.50%</b>
Total	313	100.00%

Lo mismo ocurre en relación con el consentimiento bajo información, pues los resultados muestran, que en la mayoría de los casos existieron irregularidades en cuanto a su suscripción, cumplimiento de los requisitos legales, el registro de los procedimientos a realizar, así como la realización de los procedimientos referidos en la carta de consentimiento bajo información. Como se puede observar, la mayoría de los casos se ubicaron en los rubros 1, 2 y 3, esto indica serias deficiencias, por cuanto al consentimiento se refiere (Cuadros 19, 20, 21 y 22).

En efecto, es evidente el incumplimiento del personal médico con los requisitos legales relacionados con el consentimiento informado, establecidos en Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

**Cuadro 19.- Suscripción de la carta de consentimiento bajo información.**

<b>Suscripción de carta de consentimiento bajo información</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
1	74	23.64%
2	72	23.00%
3	47	15.02%
4	12	3.83%
5	108	34.50%
<b>Total</b>	<b>313</b>	<b>100.00%</b>

**20.- Cumplimiento de los requisitos legales para el consentimiento bajo información.**

<b>Carta de consentimiento bajo información suscrita bajo requisitos legales</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
1	73	23.32%
2	72	23.00%
3	47	15.02%
4	12	3.83%
5	109	34.82%
<b>Total</b>	<b>313</b>	<b>100.00%</b>

**Cuadro 21.- Registro de los procedimientos  
en la carta de consentimiento bajo información.**

<b>Registro en la carta de los procedimientos a realizar</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
1	73	23.32%
2	72	23.00%
3	48	15.34%
4	11	3.51%
5	109	34.82%
<b>Total</b>	<b>313</b>	<b>100.00%</b>

**Cuadro 22.- Realización de los procedimientos  
referidos en la carta de consentimiento bajo información.**

<b>Realización de los procedimientos referidos en la carta de consentimiento</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
1	72	23.00%
2	72	23.00%
3	48	15.34%
4	11	3.51%
5	110	35.14%
<b>Total</b>	<b>313</b>	<b>100.00%</b>

Es necesario señalar, que los rubros antes mencionados, también tienen relación con el cumplimiento de la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, relativa al expediente clínico; es decir, no se trata de una mera apreciación del incumplimiento con el consentimiento informado, pues con la revisión de los 313 expedientes de los casos a estudio, quedaron demostradas las irregularidades en que incurrió el personal médico en cuanto al deber de brindar información sobre el

diagnóstico, pronóstico y tratamiento. De igual forma, quedó demostrado que el incumplimiento con lo establecido por los ordenamientos legales en lo que se refiere al consentimiento bajo información.

Más aun, resulta imperante destacar, que el 78.6% de los expedientes clínicos, estuvieron insuficientemente o medianamente integrados (Cuadro 23). Esto demuestra serias deficiencias en la prestación del servicio brindado, pues el expediente clínico es una guía metodológica de gran valor durante el proceso de atención, pues permite la comunicación entre los profesionales de la salud, auxilia al médico en la toma de decisiones, facilita las acciones relacionadas con el seguimiento del caso, entre otras; tan es así que la propia *lex artis* hace patente la necesidad de su elaboración. Sin embargo, en la presente investigación se observó que en la mayoría de los expedientes no existió un manejo correcto del expediente clínico desde la perspectiva médica y legal.

**Cuadro 23.- Integración del expediente clínico  
atendiendo a la Norma Oficial Mexicana que lo regula.**

<b>Integración del expediente clínico conforme la NOM-168-SSA1-1998</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
1	51	16.30%
2	107	34.20%
3	88	28.10%
4	52	16.60%
5	15	4.80%
<b>Total</b>	<b>313</b>	<b>100.00%</b>

Al continuar con los aspectos relacionados con la normatividad del expediente clínico, se identificó que sigue existiendo homogeneidad con los resultados anteriormente descritos, se observa que la integración del diagnóstico fue insuficiente

a regular, pues la suma de los tres primeros parámetros 49.5% se encuentran ocupando la proporción más importante (Cuadro 24).

**Cuadro 24.- Integración diagnóstica en el expediente clínico.**

Integración del diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
1	47	15.00
2	68	21.70
3	40	12.80
4	63	20.10
5	95	30.40
<b>Total</b>	<b>313</b>	<b>100.00</b>

Lo anterior, relacionado con los resultados obtenidos en los cuadros 25 y 26, demuestra que existió incumplimiento por parte del personal médico con las obligaciones de medios de diagnóstico y tratamiento, en la mayoría de los casos.

Cabe mencionar, que durante el proceso de atención, el facultativo debe valorar el cuadro clínico del enfermo, y en términos de lo establecido por la *lex artis* médica, indicar la realización de exámenes de laboratorio y gabinete, con el propósito de contar con mayores elementos para la integración del diagnóstico.

Ahora bien, atendiendo al comportamiento relacionado con la indicación de estudios de laboratorio y gabinete, los primeros tres rubros resultaron insuficientes y regulares; es decir, continúan ocupando el mayor de los porcentajes, ya que en el caso de los resultados de laboratorio, 54.3% se encuentran en estos parámetros, muy similar a los porcentajes encontrados para los estudios de gabinete con 53.25% (Cuadros 25 y 26).

**Cuadro 25.- Indicación de estudios de laboratorio por el personal médico que brindó la atención.**

Indicación de estudios de laboratorio que se requerían	Frecuencia	Porcentaje
1	57	18.21%
2	76	24.28%
3	37	11.82%
4	50	15.97%
5	93	29.71%
<b>Total</b>	<b>313</b>	<b>100.00%</b>

**Cuadro 26.- Indicación de estudios de gabinete por el personal médico que brindó la atención.**

Indicación de estudios de gabinete que se requerían	Frecuencia	Porcentaje
1	57	18.21%
2	74	23.64%
3	36	11.50%
4	51	16.29%
5	95	30.35%
<b>Total</b>	<b>313</b>	<b>100.00%</b>

Todos los procesos para integrar un diagnóstico correcto y oportuno, deben estar acompañados por un tratamiento correcto y oportuno, apegado a la *lex artis* médica. En lo identificado en esta investigación, se puede observar nuevamente, la relación que guardan estos resultados de acuerdo a los puntos señalados anteriormente, en que la suma de los tres primeros rubros ocupan el porcentaje (60.3%) más elevado en la insuficiencia del apego a la *lex artis* (Cuadro 27).

Esto indica que las deficiencias observadas en la prestación del servicio, se debieron a la falta de cumplimiento de medios de diagnóstico y tratamiento por parte del personal médico, pues como se ha visto hasta aquí, los resultados muestran que en la mayoría de los casos, los establecimientos donde se brindó la atención, contaban con el personal (médico y de enfermería) y los insumos (medicamentos, material de curación, laboratorio clínico y gabinete de imagen) suficientes para brindar la atención.

**Cuadro 27.- Apego del tratamiento a lo establecido por la *lex artis* médica.**

Tratamiento conforme a los principios científicos y éticos de la práctica médica	Frecuencia	Porcentaje
1	89	28.40
2	77	24.60
3	23	7.40
4	32	10.20
5	92	29.40
<b>Total</b>	<b>313</b>	<b>100.00</b>

Lo antes expuesto, confirma la primera hipótesis, teniéndose por cierto, que la mayoría de las controversias en la prestación de servicios de salud (60.4%), se deben a deficiencias médicas en el servicio brindado.

En seguimiento a la conjunción de la integración de un buen diagnóstico, y tratamiento, como resultado se debería de obtener una evolución adecuada del paciente; sin embargo, la suma de los parámetros inadecuado o regularmente adecuado, es de 62.4%, en tanto que la evolución satisfactoria a muy satisfactoria, sólo corresponde al 37.6%; es decir, la asociación de la integración diagnóstica y tratamiento oportuno tienen una verdadera asociación con los puntos antes descritos

(Cuadro 28) Además se esperaría que con estos datos, hubiera presencia de complicaciones derivadas del tratamiento proporcionado y sólo en el 45.05% de los pacientes no hubo la presencia de complicaciones, el resto las presentaron en grados distintos, siendo importante señalar, que fueron atribuidas a la intervención médica (Cuadro 29).

**Cuadro 28.- Evolución del paciente con el tratamiento.**

<b>Evolución del paciente con el tratamiento</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
1	76	24.30%
2	65	20.80%
3	54	17.30%
4	17	5.40%
5	101	32.30%
<b>Total</b>	<b>313</b>	<b>100.00%</b>

**Cuadro 29.- Presentación de complicaciones relacionadas con el tratamiento.**

<b>Complicaciones derivadas del tratamiento</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
1	37	11.82%
2	66	21.09%
3	61	19.49%
4	8	2.56%
5	141	45.05%
<b>Total</b>	<b>313</b>	<b>100.00%</b>

No son mejores los resultados relacionados al tratamiento y a la detección de las complicaciones atribuidas al médico, ya que se continúan identificando los rubros de inoportunos con los porcentajes elevados, en el tratamiento de las complicaciones sólo se identifica como oportuna en 51.44%, el resto se considera inoportuna (cuadro 30). Por cuanto hace a la detección de complicaciones, los resultados son

básicamente los mismos, ya que evaluadas con oportunidad sólo corresponden al 51.44%, y el resto 48.56% fueron evaluadas inoportunamente (cuadro 31).

La inoportunidad en la detección de complicaciones, se relaciona con la falta de vigilancia, y como se mencionó anteriormente, los resultados mostraron que la supervisión fue uno de los rubros más débiles, pues fue insuficiente en 44.73%.

En ese sentido, los datos indican falta de una adecuada estructura (normas, procedimientos, supervisión), así como falta de involucramiento y conocimiento por el personal médico, en cuanto a los procesos organizativos, los cuales se requieren fortalecer y orientar a fin de garantizar oportunidad en la atención.

**Cuadro 30.- Oportunidad en el tratamiento de las complicaciones.**

Manejo de complicaciones	Frecuencia	Porcentaje
1	48	15.34%
2	68	21.73%
3	36	11.50%
4	5	1.60%
5	156	49.84%
<b>Total</b>	<b>313</b>	<b>100.00%</b>

**Cuadro 31.- Oportunidad en la detección de complicaciones.**

Detección de complicaciones	Frecuencia	Porcentaje
1	48	15.34%
2	64	20.45%
3	40	12.78%
4	4	1.28%
5	157	50.16%
<b>Total</b>	<b>313</b>	<b>100.00%</b>

Desafortunadamente, de los 313 casos fallecieron 28 enfermos, que corresponde al 8.95% del total de pacientes, lo grave es que las defunciones fueron atribuibles a las complicaciones por los tratamientos indicados; si se suman los rubros 2 y 3 que corresponden a la gravedad de los efectos adversos, estos ocupan un porcentaje muy importante 39.93%, que contrasta en aquellos con efectos leves o ninguno, que representa el 51.12% (cuadro 32).

**Cuadro 32.- Efectos adversos que ocurrieron en los pacientes.**

Efectos adversos en el paciente	Frecuencia	Porcentaje
1	28	8.95
2	53	16.93
3	72	23.00
4	39	12.46
5	121	38.66
<b>Total</b>	<b>313</b>	<b>100.00</b>

El análisis por estratos permite identificar la congruencia entre dos o más variables, así como identificar posibles interacciones entre las variables seleccionadas. Como se podrá recordar, el indicador “se dispuso de laboratorio”, fue evaluado como completo, de manera general, como lo muestra el cuadro 13, las frecuencias más elevadas están en los parámetros 4 y 5 de completos; sin embargo, al realizar un análisis por  $\chi^2$ , se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre los parámetros: “se dispuso de laboratorio” y “el personal médico indicó estudios de laboratorio”.

Lo mismo ocurre en relación con los exámenes de gabinete indicados por el médico, pues el comportamiento es muy semejante, aunque los resultados en este

rubro se encuentran más equilibrados entre completos e incompletos, con un valor de Chi<sup>2</sup> de 326.6 y una p< 0.04 (Cuadros 33 y 34).

**Cuadro 33.- Relación entre la disposición del laboratorio clínico y la indicación médica de los estudios de laboratorio.**

Disponibilidad de laboratorio clínico	Indicación de estudios de laboratorio por el personal médico					
	1	2	3	4	5	Total
1	11	2	0	1	0	14
2	10	16	5	0	0	31
3	2	11	3	3	0	19
4	4	11	12	8	2	37
5	27	36	17	38	94	212
<b>Total</b>	<b>54</b>	<b>76</b>	<b>37</b>	<b>50</b>	<b>96</b>	<b>313</b>

**Cuadro 34.- Relación entre la disposición de gabinete y la indicación médica de los estudios de gabinete.**

Disponibilidad de gabinete	Indicación de estudios de gabinete por el personal médico					
	1	2	3	4	5	Total
1	11	1	0	1	0	13
2	10	16	5	0	0	31
3	2	12	3	3	0	20
4	4	9	13	10	3	39
5	27	36	15	37	95	210
<b>Total</b>	<b>54</b>	<b>74</b>	<b>36</b>	<b>51</b>	<b>98</b>	<b>313</b>

Los parámetros para evaluar la integración del expediente clínico conforme a la normatividad, así como para la integración del diagnóstico, mostraron que estos rubros en la mayoría de los casos estuvieron no completos, ya que los porcentajes

fueron de 78.6% y 49.5%, respectivamente, de tal forma, se puede observar, que al analizar por estos dos estratos existe congruencia, pues se observa falta de integración del expediente conforme a la normatividad, asociada a poca integración del diagnóstico. El análisis por Chi<sup>2</sup>, muestra diferencias estadísticamente significativas entre los dos parámetros (cuadro 35).

**Cuadro 35.- Relación entre la integración del expediente clínico y la integración diagnóstica.**

Integración del expediente clínico conforme a la NOM 168-SSA1	Integración del diagnóstico					Total
	1	2	3	4	5	
1	17	16	6	9	3	51
2	21	41	15	19	11	107
3	5	8	16	22	37	88
4	4	3	3	11	31	52
5	0	0	0	2	13	15
<b>Total</b>	<b>47</b>	<b>68</b>	<b>40</b>	<b>63</b>	<b>95</b>	<b>313</b>

Es necesario identificar la congruencia entre los resultados, de la descripción y la estratificación, pues demuestran de manera indirecta si se realizaron adecuadamente las observaciones de integración de expedientes y los datos clínicos de evolución de los pacientes; es indispensable, la relación que existe entre la normatividad y el apego a la *lex artis*, pues ello muestra, de alguna forma, la evolución de los pacientes. Se puede observar como son identificados estos parámetros, los cuales muestran la mayor frecuencia de datos entre mala integración del expediente y mal apego a la *lex artis*, lo cual es significativo, ya que sólo un tercio estuvo completo (cuadro 36).

**Cuadro 36.- Relación entre la integración del expediente clínico y el apego del tratamiento a la *lex artis* médica.**

Integración del expediente clínico conforme a la NOM 168-SSA1	Se realizó el tratamiento con apego a la <i>lex artis</i> médica					
	1	2	3	4	5	Total
1	29	16	3	1	2	51
2	44	34	11	9	9	107
3	9	22	7	15	35	88
4	7	5	2	6	32	52
5	0	0	0	1	14	15
<b>Total</b>	<b>89</b>	<b>77</b>	<b>23</b>	<b>32</b>	<b>92</b>	<b>313</b>

Los datos respecto a la relación entre la integración del diagnóstico contra la evolución del paciente, mostraron que a mayor integración del diagnóstico, mejor es la evolución del paciente.

Ahora bien, al momento de realizar la integración de un diagnóstico correcto, no deberían esperarse efectos adversos en el paciente. Al respecto, se puede observar, que en 77 (24.6%) de los casos se integró un buen diagnóstico.

Así mismo, los resultados muestran, que de los 28 pacientes que fallecieron, en 6 de ellos pese a que se integró un diagnóstico correcto, existieron efectos adversos que los llevaron a la muerte, lo cual sucedió debido a la historia natural de la enfermedad (cuadro 37).

**Cuadro 37.- Relación entre la integración del diagnóstico  
y los efectos adversos del paciente.**

Integración del diagnóstico	Efectos adversos que ocurrieron en el paciente					
	1	2	3	4	5	Total
1	11	9	20	5	1	46
2	5	22	26	9	6	68
3	4	9	15	7	4	39
4	2	8	9	11	33	63
5	6	5	2	7	77	97
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>53</b>	<b>72</b>	<b>39</b>	<b>121</b>	<b>313</b>

Se identificó, que en la atención brindada por el médico, no hubieron diferencias significativas en relación al género, ya que se podría pensar que las diferencias por género, podrían tener una carga que pudieran desviar los resultados de la investigación (cuadro 38).

**Cuadro 38.- Relación entre la atención brindada por el personal médico  
y el género de los pacientes.**

Atención brindada por personal médico idóneo	Género		
	Hombres	Mujeres	Total
1	2	8	10
2	3	6	9
3	1	2	3
4	4	12	16
5	107	168	275
<b>Total</b>	<b>117</b>	<b>196</b>	<b>313</b>

Se decidió tomar otra variable más que sugiriera si la información al paciente podría inferir por género. Se obtuvo que entre el indicador “el paciente estuvo enterado de su atención y plan a seguir” que entre géneros no existieron diferencias significativas, tal como se puede identificar en el cuadro 39.

**Cuadro 39.- Relación entre la información al paciente y el género.**

Información al paciente	Género		
	Hombres	Mujeres	Total
1	13	39	52
2	46	71	117
3	22	42	64
4	21	26	47
5	15	18	33
<b>Total</b>	<b>117</b>	<b>196</b>	<b>313</b>

En los resultados que se han obtenido, se ha buscado la congruencia de conforme a los parámetros explorados; se identificó que la evolución de acuerdo con el tratamiento, debe tener relación directa con los efectos adversos que ocurrieron en los pacientes.

Como se ha mencionado, el diagnóstico mantiene relación con los efectos adversos y la evolución del paciente; en efecto, se puede apreciar, que si la evolución del paciente es adecuada, los efectos adversos son menores o nulos; sin embargo, si la evolución no es satisfactoria, entonces habrá mayores efectos adversos (Cuadro 40).

**Cuadro 40.- Relación entre la evolución del paciente de acuerdo al tratamiento y la presencia de efectos adversos.**

Evolución del paciente con el tratamiento	Efectos adversos que ocurrieron en el paciente					
	1	2	3	4	5	Total
1	19	24	21	8	3	75
2	7	25	21	8	4	65
3	2	4	29	13	5	53
4	0	0	1	5	10	16
5	0	0	0	5	99	104
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>53</b>	<b>72</b>	<b>39</b>	<b>121</b>	<b>313</b>

Esta misma relación fue estratificada por género, para identificar la evolución del tratamiento, relacionado con el número de efectos adversos presentados. Como se comentó inicialmente, de los expedientes analizados, correspondió 37.4% a pacientes hombres y 62.6% mujeres. De las 28 defunciones 12 (42.9%) correspondió a hombres y 16 (57.1%) a mujeres.

El número de efectos adversos presentados, ocurrieron con mayor frecuencia en las mujeres; sumando los tres primeros parámetros que se refieren a esta asociación, corresponde 49.5%, en tanto que para los hombres fue de 48.7%. Si bien no existieron diferencias significativas entre los géneros, si se encontraron para la evolución del paciente y la presencia de efectos adversos para cada género (Cuadros 41 y 42).

**Cuadro 41.- Relación entre la evolución del paciente con el tratamiento y la presencia de efectos adversos en hombres.**

Evolución del paciente con el tratamiento	Efectos adversos que ocurrieron en el paciente					
	1	2	3	4	5	Total
1	7	6	6	1	0	20
2	4	14	5	4	3	30
3	1	1	13	3	0	18
4	0	0	0	2	5	7
5	0	0	0	3	39	42
Total	12	21	24	13	46	117

**Cuadro 42.- Relación entre la evolución del paciente con el tratamiento y efectos adversos en mujeres.**

Evolución de la paciente con el tratamiento	Efectos adversos que ocurrieron en la paciente					
	1	2	3	4	5	Total
1	12	18	15	7	3	55
2	3	11	16	4	1	35
3	1	3	17	10	6	37
4	0	0	1	3	6	10
5	0	0	0	2	57	59
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>32</b>	<b>49</b>	<b>26</b>	<b>73</b>	<b>196</b>

La presencia de efectos adversos en relación al grupo de edad, es un evento de gran importancia, pues indica aquellos en quienes es mayor el riesgo de presentar dichos efectos. Tomando como grupo no expuesto, aquel que tiene la menor proporción, se puede observar que el grupo de edad con el mayor riesgo de sufrir un

efecto adverso es el de 25 a 44 años de edad, con un riesgo de 14.7%, lo que significa que este grupo de edad tiene riesgo de enfermarse de 14.7 veces más que los menores de un año de edad, seguido del grupo etario de 45 a 64 años de edad (Cuadro 43).

**Cuadro 43.- Relación entre el grupo de edad y efectos adversos.**

Grupo de edad	Efectos adversos que ocurrieron en el paciente					Total	Porcentaje	Riesgo basal
	1	2	3	4	5			
Menor de 1 año	3	2	2	1	2	10	3.2	
1 a 4 años	4	1	1	0	5	11	3.5	1.1
5 a 14 años	1	3	3	1	5	13	4.2	1.3
15 a 24 años	0	3	9	6	12	30	9.6	3.0
25 a 44 años	14	26	30	18	59	147	47.0	14.7
45 a 64 años	4	15	23	10	30	82	26.2	8.2
65 y más	2	3	4	3	8	20	6.4	2.0
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>53</b>	<b>72</b>	<b>39</b>	<b>121</b>	<b>13</b>	<b>100.0</b>	

Se identificó la frecuencia del nivel de atención relacionada con el grupo de edad, además se estratificó por género, como se podrá observar en el cuadro 45, la mayor frecuencia de atención se encuentra en el segundo nivel, con el 84.3 por ciento, mientras que las del primero y tercer nivel tienen 7.7 y 8.0 por ciento respectivamente. El grupo de edad con el mayor número de efectos es el de 25 a 44 años, seguido del de 45 a 64, con 47.3% y 26.2% respectivamente. La distribución por género se comportó de manera similar, pues los mayores porcentajes se encuentran en la atención del segundo nivel y los grupos de edad de 25 a 44 años y de 45 a 64 años (Cuadros 44, 45 y 46).

**Cuadro 44.- Relación entre el grupo de edad y nivel de atención.**

Grupo de edad	Nivel de atención			Total	Porcentaje
	Primero	Segundo	Tercero		
Menor de 1 año	0	8	2	10	3.2
1 a 4 años	1	10	0	11	3.5
5 a 14 años	3	6	3	12	3.8
15 a 24 años	3	26	1	30	9.6
25 a 44 años	9	133	3	148	47.3
45 a 64 años	8	63	11	82	26.2
65 y más	0	18	2	20	6.4
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>264</b>	<b>25</b>	<b>313</b>	<b>100.0</b>

**Cuadro 45.- Relación entre el grupo de edad y nivel de atención en hombres.**

Grupo de edad	Nivel de atención			Total	Porcentaje
	Primero	Segundo	Tercero		
Menor de 1 año	0	7	2	9	7.7
1 a 4 años	0	4	0	4	3.4
5 a 14 años	2	2	1	5	4.3
15 a 24 años	0	12	0	12	10.3
25 a 44 años	1	37	3	41	35.0
45 a 64 años	1	29	7	37	31.6
65 y más	0	9	0	9	7.7
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>100</b>	<b>13</b>	<b>117</b>	<b>100.0</b>

**Cuadro 46.- Relación entre el grupo de edad y nivel de atención en mujeres.**

Grupo de edad	Nivel de atención			Total	Porcentaje
	Primero	Segundo	Tercero		
Menor de 1 año	0	1	0	1	0.5
1 a 4 años	1	6	0	7	3.6
5 a 14 años	1	4	2	7	3.6
15 a 24 años	3	14	1	18	9.2
25 a 44 años	8	96	3	107	54.6
45 a 64 años	7	34	4	45	23.0
65 y más	0	9	2	11	5.6
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>164</b>	<b>12</b>	<b>196</b>	<b>100.0</b>

Por lo que corresponde al tipo de atención brindada, fue mayor la atención de tipo quirúrgica con 61.3%, seguida de la no quirúrgica con 34.5% por ciento, y que afectó más al grupo de 25 a 44 años de edad, en 47% (Cuadro 47). No existieron diferencias estadísticamente significativas entre la atención proporcionada ni a la estratificación por género.

**Cuadro 47.- Tipo de atención proporcionada y grupo de edad.**

Grupo de edad	Tipo de atención			Total
	Médica	Quirúrgica	Odontológica	
Menor de 1 año	6	4	0	10
1 a 4 años	8	2	1	11
5 a 14 años	7	4	2	13
15 a 24 años	6	21	3	30
25 a 44 años	37	107	3	147
45 a 64 años	33	45	4	82
65 y más	11	9	0	20
<b>Total</b>	<b>108</b>	<b>192</b>	<b>13</b>	<b>313</b>

En los datos identificados, de acuerdo a los servicios brindados y el grupo de edad, se encontró que el servicio de Hospitalización ocupa el 61.3%, seguido del servicio de Urgencias con 19.2%, y el grupo de edad de nueva cuenta es el de 25 a 44 años con 47%. Es importante señalar, que en los datos observados existe gran congruencia conforme a los rubros antes descritos (Cuadro 48). Así mismo, no se observaron diferencias significativas en cuanto a los servicios en los que se brindó la atención, ni a la estratificación por género.

**Cuadro 48.- Servicios en los que se brindó la atención y el grupo de edad.**

Grupo de edad	Servicios en los que se brindó la atención						
	Urgencias	Consulta externa	Hospitalización	Cirugía	Consultorio medico	Consultorio dental	Total
Menor de 1 año	2	0	8	0	0	0	10
1 a 4 años	5	1	4	0	0	1	11
5 a 14 años	1	4	6	0	0	2	13
15 a 24 años	6	2	21	0	0	1	30
25 a 44 años	23	10	103	5	3	3	147
45 a 64 años	19	12	42	2	3	4	82
65 y más	5	7	8	0	0	0	20
<b>Total</b>	<b>61</b>	<b>36</b>	<b>192</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>11</b>	<b>313</b>

De bibliografía consultada durante esta investigación, principalmente de la bibliografía médica anglosajona, se desprende la creciente preocupación que existe, acerca de los errores médicos. En 1991, el informe del Institute of Medicine (IOM) hizo referencia a esta situación, lo cual en 1998, llevó al gobierno norteamericano a elaborar planes nacionales para tratar el tema, así como la creación de un comité sobre Quality of Health Care in América, con la participación de administradores de servicios de salud y de las sociedades médicas científicas.

En el Seminario “El Ejercicio Actual de la Medicina”, efectuado en la Facultad de Medicina, Ciudad Universitaria, Universidad Nacional Autónoma de México, se mencionó que no existe paradoja más singular que la de los médicos provocando muertes o haciendo daños, estimando que su misión y su responsabilidad social, es precisamente la contraria. Señalándose, también, que no obstante tal aseveración, no cabe duda que los médicos pueden ser agentes etiológicos de enfermedad y muerte, esto generalmente sucede de manera involuntaria, situación suficiente para reflexionar sobre el tema, Gac Méd Mex 2003;139 (3):29193; Los errores médicos. Seminario: El Ejercicio Actual de la Medicina, UNAM.

En ese sentido, los citados razonamientos hechos durante el Seminario, coinciden con los planteamientos de esta investigación, la cual adiciona la participación de los factores de tipo administrativo, en la generación de errores y daños, pues éstos no son producidos exclusivamente por los médicos.

Según refiere Lee TH: *A broader concept of medical errors*. N Engl J Med 2002;347:1965-7, la verdadera incidencia de los errores médicos es muy difícil de conocer por varias razones, en primer lugar, hay una tendencia natural por parte de los médicos al ocultamiento, no sólo por el temor cada día más vigente de las demandas y reclamaciones, sino porque se requiere cierta madurez para admitir, aún en la intimidad, errores propios y más para sacar provecho de ellos.

Los métodos habituales para analizar los actos médicos, generalmente son: sesiones clínicas, sesiones de morbilidad y mortalidad, necropsias en fallecidos, y en la mayoría de las ocasiones, se intenta encontrar una explicación lógica, basada en

la fisiopatología de la enfermedad, la cual sea suficientemente convincente, para justificar la actuación médica o la imprevisibilidad de los hechos. En las auditorías médicas, cada quien se cuida de que no les encuentren desviaciones y, en la medida de lo posible, las enmascara, sobre todo porque suelen generar sanciones. Hay una cultura alrededor de conseguir que los errores pasen inadvertidos.

Lo anterior, resalta la relevancia de esta investigación, pues la fuente consultada, permitió efectuar el estudio de casos derivados de controversias por la prestación de servicios de atención médica. Asimismo, se encontró que los errores, deben considerarse en la nueva cultura, como herramienta fundamental, pues su identificación, puede significar mejora en la atención de otros pacientes.

Se coincidió con lo reportado por Weingart SN, Wilsn RM, Gibberd RW, Harrison B: *Epidemiology of medical error*. BMJ 2000;320:774-7, en el sentido de que muchas de las cifras que se han hecho públicas sobre la epidemiología de los errores médicos, dependen de extrapolaciones o de estimaciones. En efecto, al efectuar esta investigación, se encontró que no existen criterios uniformes en cuanto a conceptos, métodos de registro, factores a analizar y resoluciones a tomar, estimándose que el reconocimiento de los puntos débiles que son origen de las desviaciones, requiere trabajos en el campo de la investigación, los cuales deben incluir el contexto en el que se desenvuelve el médico, así como otro tipo de variables, entre ellas: el número de consultas, el número de intervenciones quirúrgicas, el número de hospitalizaciones, de camas, el turno, número y tipo de personal que brinda el servicio, etc.

También se encontró, que si bien es cierta la certidumbre entre los responsables de la prestación de servicios, acerca de la necesidad abordar el tema por la clase médica que debe participar en opiniones y propuestas, también es cierto, que se trata de un tema innovador, por lo mismo difícil de resolver en algunos aspectos, no definido completamente en cuanto a las estrategias a implementar, pero indudablemente su aplicación, llevará a la mejora en la calidad de la atención médica.

Por cuanto hace los resultados obtenidos en esta investigación, según la fuente utilizada, se encontró que si bien la mayoría de las controversias se debieron a deficiencias médicas en el servicio brindado, también fue importante la participación de las deficiencias administrativas (40% de los casos).

Entre las deficiencias administrativas, se observó que la falta de oportunidad en la atención y la falta de supervisión, son factores que incidieron en los servicios brindados, lo cual coincide con lo reportado por la Rev. Cienc. Adm. Finac. Soc. V. 6 n.1. San José 1998, en el sentido de que los citados factores, pueden relacionarse con falta de involucramiento y conocimiento de los médicos por los procesos organizativos, los cuales requieren ser fortalecidos, orientados y supervisados, con el fin de garantizar la adecuada oportunidad de la atención. Cabe mencionar, que dicha publicación, menciona la necesidad de implementar mecanismos de supervisión directa e indirecta, control y evaluación de las normas, reglas y procedimientos para garantizar su cumplimiento y adaptación a las necesidades de médicos y pacientes.

Lo anterior, refuerza la necesidad de proponer mecanismos normativos orientados a la mejora de la calidad en la prestación de servicios de atención médica.

Los resultados obtenidos en la investigación, mostraron que la disponibilidad de medicamentos, material de curación, de laboratorio clínico, de gabinete de imagen, así como de personal médico y de enfermería, no originaron mala práctica en los casos estudiados. Al respecto, cabe señalar, que la Rev. Cienc. Adm. Finac. Soc. V. 6 n.1. San José 1998, sobre estos rubros menciona, que es necesario revisar y diseñar un nuevo programa de abasto y entrega de medicamentos que faciliten la accesibilidad y oportunidad en la atención médica.

Acerca de lo anterior, si bien es cierto que en esta investigación no se observaron desviaciones sobre los rubros citados, también es cierto, que la bibliografía consultada, refiere la presencia de dificultades para el abasto de los insumos, así como de medicamentos; por ello, no debe subestimarse la modernización en cuanto al diseño y operación del programa antes referido. De igual forma, en relación a los medicamentos, es importante investigar errores en la

medicación, a fin de establecer estrategias de prevención de riesgos y registro de errores y complicaciones con objeto de evitar que se repitan, lo cual conducirá a tratamientos más seguros y, por consiguiente, a mejorar la calidad de la atención médica, como lo señala *Medical errors in pediatrics and neonatology. A new multidisciplinary approach is required. An Pediatr (Barc) 2006;64:327-329.*

En cuanto al proceso de atención (respuesta a la demanda de servicio, información y aceptación para recibir la información, obligaciones de medios de diagnóstico y tratamiento), los resultados mostraron que cuando estos factores son deficientes, originan mala práctica. Al respecto, F. González Hermoso.- Errores médicos o desviaciones en la práctica asistencial diaria, *Cir Esp. 2001;69:591-603*, reporta que la mayoría de las desviaciones en los estándares de los hospitales, se debe a fallas en el sistema organizacional a causa de la complejidad del funcionamiento del mismo. De igual manera, refiere que dentro de cada servicio, los enfermos están a cargo de distintos médicos. Sin embargo, la intercomunicación entre ellos, es con frecuencia, limitada.

En la presente investigación, según la fuente utilizada, se observó incumplimiento de las obligaciones de medios de diagnóstico y tratamiento por parte del personal médico. En efecto, los resultados mostraron mayores deficiencias en ciertos rubros, entre ellos: indicación incompleta de estudios de laboratorio y gabinete por parte del personal médico, instauración inoportuna del tratamiento, así como inoportunidad en la detección de complicaciones, lo cual se relacionó con falta de vigilancia. Así mismo, se observó relación entre mala integración del expediente clínico e insuficiencia o falta de apego a lo establecido por la literatura médica generalmente aceptada. Esto significa, incumplimiento de los facultativos, con lo establecido por los principios científicos y éticos que orientan el ejercicio de la medicina, lo cual origina mal *praxis*. Lo anterior, coincide con lo aseverado por González Hermoso, en el sentido de que el desempeño de los médicos, tiene relación con las deficiencias en la calidad de la atención.

Los resultados obtenidos, mostraron que en la mayoría de los casos, no fue suficiente la información brindada al paciente y se observaron serias desviaciones por cuanto hace a la suscripción de la carta de consentimiento bajo información y la integración del expediente clínico.

Al respecto, González Hermoso refiere, que el consentimiento informado llevado a cabo personalmente por el médico que actúa, permite establecer claramente cuáles son las expectativas y los riesgos del acto médico. Esta comunicación con el enfermo, establece una relación de empatía que facilita el resultado y pone en gran parte a cubierto de reclamaciones. Por su parte, The Agency for Healthcare Research and Quality, U.S. *Department of Health and Human Services Public Health Service, AHRQ, No. 00-P039, 2000*, menciona que pueden ocurrir errores, cuando los pacientes y sus médicos tienen problemas de comunicación.

Lo anterior, coincide con lo expuesto en la presente investigación, en el sentido de que mediante una Norma Oficial Mexicana del Consentimiento Bajo Información, se puede mejorar la prestación de servicios de atención médica, incrementar la seguridad del enfermo, favorecer la comunicación médico paciente, la toma de decisiones, la evaluación del riesgo-beneficio, así como incidir en la disminución de deficiencias médicas y administrativas que generan controversias.

Grífols i Lucas, Víctor. *La Gestión de los Errores Médicos No. 7-(2002)*, editorial Fundación Grífols i Lucas c/. Barcelona, señala que los errores sanitarios existen y seguirán ocurriendo, en consecuencia se deben analizar permanentemente sus causas; es decir, debe establecerse una política dirigida al análisis de las desviaciones que se producen en la práctica médica y de esta manera, reducir su ocurrencia.

En igual sentido, Grífols i Lucas, Víctor, menciona que tan prioritaria como importante, es la necesidad de mejorar la comunicación entre el personal de salud, enfermos y familiares, así como los beneficios en la profundización del

consentimiento informado, remarcando la necesidad de asumir, que existe la responsabilidad de establecer medidas concretas, dirigidas a prevenir los errores sanitarios y capaces de renovar la cultura del riesgo en este entorno.

Aubia Jaime Errores Médicos: Los Sistemas de Protección y sus Paradojas. Cuadernos de la editorial Fundación Grífols i Lucas c/. Barcelona, 2002, establece que la simple constatación de que los fenómenos relacionados con el error médico hayan sido tan poco estudiados y que existan tan pocas publicaciones, debería ser motivo de reflexión. Así mismo, refiere, que actualmente los médicos publican 17 millones de artículos cada año en todo el mundo, con un crecimiento continuado desde hace años; sin embargo, los primeros artículos sobre este tema, son sólo de hace menos de veinte años e incluso ahora no son ni muy numerosos ni muy frecuentes (populares); pero los datos reportados, son suficientes para asegurar que el problema de la seguridad del paciente existe y es muy importante. También refiere, que la mayoría de la población, sabe de los errores médicos porque los ha oído contar en anécdotas, por casos de los periódicos, la radio, la televisión, o bien, por casos directos de familiares o amigos. Esto indica la falta de sensibilización, respecto del problema de los efectos adversos.

Todo lo expuesto, apoya los argumentos vertidos en el presente trabajo, en el sentido de que la seguridad, es un principio fundamental de la atención del paciente y un componente crítico en el funcionamiento de los sistemas de salud, por ello mejorarla requiere un enfoque multifacético, orientado a la prevención de riesgos.

La gestión del error, debe tratarse de tal manera, que no incremente la desconfianza entre profesionales, instituciones y pacientes o usuarios, que no genere mecanismos defensivos entre unos y otros, que propicie el trabajo conjunto, que permita definir aquello que no deba suceder y disponer de los recursos para evitarlo, buscar mejores mecanismos de detección de deficiencias, enfatizar las medidas de prevención, así como proponer medidas de monitoreo, evaluación y retroalimentación.

## **9. Propuesta.**

Por lo antes expuesto, se estima indispensable proponer la Norma Oficial Mexicana del Consentimiento Bajo Información, con la finalidad de unificar los criterios legales en la materia; es decir, este ordenamiento contiene los aspectos normativos relacionados con el consentimiento informado, el expediente clínico, la autonomía de la voluntad, la confidencialidad de la información, la atención médica oportuna y en caso de urgencia.

# **NORMA OFICIAL MEXICANA DEL CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACION**

(PROYECTO)

## **INDICE**

- Introducción
- 1. Objetivo
- 2. Campo de aplicación
- 3. Referencias
- 4. Definiciones
- 5. Generalidades
- 6. Del consentimiento en pacientes menores de edad e incapaces
- 7. Del consentimiento en consulta externa y empleo de auxiliares de diagnóstico y tratamiento
- 8. Del consentimiento en casos electivos
- 9. Del consentimiento en casos de urgencia
- 10. Supuestos especiales
- 11. Revocación del consentimiento
- 12. Formatos Básicos
- 13. Concordancia con Normas Internacionales y mexicanas
- 14. Bibliografía
- 15. Observancia de la Norma
- 16. Vigencia

## **INTRODUCCION.-**

El Plan Nacional de Desarrollo estableció que se deben brindar servicios de salud eficientes, con calidad, calidez y seguridad para el paciente como uno de los principales objetivos en materia de salud.

El presente ordenamiento se orienta a sistematizar, homogeneizar y actualizar el manejo del consentimiento bajo información, definiendo los requisitos y elementos técnicos esenciales contenidos en la Ley General de Salud, así como en otras Normas Oficiales, como la del Expediente Clínico, para procurar el estudio y tratamiento de los pacientes con apego a la *lex artis* médica, así como para propiciar la solución de los problemas de salud, involucrando acciones y procedimientos invasivos, en la prevención, restablecimiento y rehabilitación de los enfermos, constituyéndose una herramienta de obligatoriedad para los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud.

Esta Norma representa el instrumento para la regulación del consentimiento bajo información y orienta al desarrollo de una cultura de la calidad, permitiendo usos: médico, jurídico, de enseñanza, investigación, evaluación, administrativo y estadístico.

Para la correcta interpretación de la presente Norma Oficial Mexicana, se tomarán en cuenta, invariablemente, los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, así como las circunstancias de modo, tiempo y lugar en que se presten los servicios, reconociendo la capacidad de los usuarios para participar activamente en el proceso de atención médica, en términos de los límites de la autonomía de la voluntad del paciente.

### **1. Objetivo**

Esta Norma Oficial Mexicana, establece los criterios científicos, tecnológicos y administrativos, obligatorios en la elaboración e integración del consentimiento bajo información.

### **2. Campo de aplicación**

La presente Norma Oficial Mexicana, es de observancia general en el territorio nacional y sus disposiciones son obligatorias para los prestadores de servicios de atención médica de los sectores público, social y privado, en los términos previstos en la misma.

### **3. Referencias**

Para la correcta aplicación de la presente Norma es necesario consultar las siguientes:

**3.1.** Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica.

**3.2.** Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Control Sanitario de la Disposición de Organos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos.

**3.3.** Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud.

**3.4.** NOM-168-SSA1-1998, Del expediente clínico.

**3.5.** NOM-003-SSA2-1993, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.

#### **4. Definiciones**

Para los efectos de este ordenamiento se entenderá por:

**4.1.** Atención médica, al conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de promover, proteger y restaurar su salud.

**4.2.** Paciente, al beneficiario directo de la atención médica.

**4.3.** Cartas de consentimiento bajo información, a los documentos escritos, signados por el paciente o su representante legal, mediante los cuales se acepte, bajo debida información de los riesgos y beneficios esperados, un procedimiento médico o quirúrgico con fines de diagnóstico, terapéuticos o rehabilitatorios.

Estas cartas se sujetarán a los requisitos previstos en las disposiciones sanitarias, serán revocables mientras no inicie el procedimiento para el que se hubieren otorgado y no obligarán al médico a realizar u omitir un procedimiento cuando ello entrañe un riesgo injustificado hacia el paciente.

**4.4.** Deber de información, corresponde al médico, con carácter de indelegable al personal de enfermería y a otros auxiliares, aunque este personal por la relación que establecen durante la atención de paciente, puede participar en el marco de sus competencias, en el proceso de información.

**4.5.** Titular del derecho a la información, es el paciente; también serán informadas las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho, en la medida que el paciente lo permita, de manera expresa o tácita.

**4.6.** Consentimiento expreso, es el consentimiento expresado verbalmente, por escrito, por medios electrónicos, ópticos, cualquier otra tecnología o por signos inequívocos. En esencia, el contrato de atención médica no requiere formalidades para su perfeccionamiento, como es el caso de los servicios brindados en consultorio. Ahora bien, al ingreso del paciente a servicios de hospitalización, en actos médicos de naturaleza quirúrgica, y en general, en aquellos que entrañen riesgo, se requiere del consentimiento escrito del paciente (mayor de edad) o de su representante legal.

**4.7.** Consentimiento tácito, se presenta cuando el facultativo ante determinadas circunstancias que rodean al acto médico, se encuentra en la disyuntiva entre un acto médico inconsulto y su obligación de actuar o deber jurídico de obrar en forma eminente; conflicto en el cual, en un extremo se ubican el respeto de los derechos personalísimos del paciente (integridad psico-física, salud, vida) y en el otro se posiciona la responsabilidad del profesional, tanto civil como penal, que su conducta negligente puede implicar. En ese sentido, no se puede desconocer la existencia de situaciones, en las cuales el facultativo, debe decidir supliendo la voluntad del paciente, sin dilaciones. El hombre por naturaleza, lucha por su conservación, y por tanto, nada haría suponer que en circunstancias extremas, se negaría a autorizar ese proceder del médico.

**4.8.** Consentimiento impuesto, se refiere a aquellas situaciones, en las cuales el orden público, está sobre el interés individual, en función de que la ley impone una determinada conducta positiva a obrar en forma obligatoria, tornándose irrelevante la voluntad del sujeto. Dentro de este tipo de consentimiento, se ubican los tratamientos sanitarios obligatorios, incluyendo la vacunación en casos de riesgo, así como la hospitalización forzosa de pacientes con enfermedades infecto-contagiosas, quienes se rehúsen a recibir tratamiento.

**4.9.** Establecimiento para la atención médica, a todo aquél, fijo o móvil; público, social o privado, que preste servicios de atención médica ya sea ambulatoria o para internamiento, cualquiera que sea su denominación; incluidos los consultorios.

**4.10.** Expediente clínico, al conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos o de cualquier otra índole, en los cuales, el personal de salud, deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con arreglo a las disposiciones sanitarias.

**4.11.** Resumen clínico, al documento elaborado por un médico, en el cual se registrarán los aspectos relevantes de la atención médica de un paciente, contenidos en el expediente clínico. Deberá tener como mínimo: padecimiento actual, diagnósticos, tratamientos, evolución, pronóstico, estudios de laboratorio y gabinete.

**4.12.** Urgencia, a todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y que requiera atención inmediata.

**4.13.** Usuario, a toda aquella persona, paciente o no, que requiera y obtenga la prestación de servicios de atención médica.

**4.14.** *Lex artis*, conjunto de procedimientos, de técnicas y de reglas generales de los profesionales, técnicos y auxiliares de las disciplinas para la salud.

**4.15.** Libertad Prescriptiva, se refiere a que los profesionales, técnicos y auxiliares de las disciplinas para la salud, deben brindar los servicios su leal saber y entender, en beneficio del paciente, atendiendo a las circunstancias de modo, tiempo y lugar.

**4.16.** Libertad Terapéutica, el paciente tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles, así como a consultar una segunda opinión.

**4.17.** Derecho de autonomía, reconoce la capacidad del paciente para participar activamente en el proceso de atención médica, pero impone ciertos límites, los cuales se encuentran establecidos para tutelar bienes que dentro del orden jurídico mexicano, tienen mayor jerarquía que el de autonomía de la voluntad, como es el derecho a la vida. Si la voluntad del paciente atenta contra bienes tutelados por el orden jurídico, prevalecerá este último.

**4.18.** Autocuidado a la salud, el paciente debe observar las prescripciones diagnóstico-terapéuticas de los facultativos que le asisten, por lo que cuando sin causa razonable rechace o abandone el tratamiento que le fuese indicado, no tendrá derecho a recibir indemnización por concepto de mala práctica.

## 5. Generalidades

**5.1.** Los prestadores de servicios médicos de carácter público, social y privado estarán obligados a elaborar e integrar las cartas de consentimiento bajo información, y conservarlas en el expediente clínico, en los términos previstos en la presente Norma; los establecimientos, serán solidariamente responsables, respecto del cumplimiento de esta obligación, por cuanto hace al personal que preste sus servicios en los mismos, independientemente de la forma en que fuere contratado dicho personal.

**5.2.** El objeto del consentimiento informado, lo constituye el tratamiento médico-quirúrgico, ajustado a la *lex artis* y con los riesgos que le son inherentes, pero no comprende el resultado que es aleatorio, dada la incidencia en el mismo de múltiples factores endógenos y exógenos, ajenos al actuar del facultativo que pueden interferir en el logro del fin perseguido.

**5.3.** Temporalidad, el paciente tiene derecho a otorgar su consentimiento con anterioridad a que se efectúe el acto médico, con excepción de los casos previstos por las disposiciones sanitarias, así como los establecidos en la presente Norma.

**5.4.** Contenido, el consentimiento debe referirse a la naturaleza, objetivos, valoración de beneficios y riesgos, alternativas, así como el motivo en términos de la *lex artis*, que lleva al facultativo a elegir el acto médico a realizar.

**5.5.** El consentimiento debe cumplir con los elementos de existencia y de validez, siendo necesarios para la existencia: la manifestación de la voluntad (autorización sobre un acto biomédico) y un objeto que pueda ser materia del acto biomédico respectivo. Para la validez, se requiere no haber sido manifiesto por error, arrancado por violencia, o sorprendido por dolo o mala fe.

**5.6.** Las cartas de consentimiento bajo información, deberán integrarse a los expedientes clínicos, por lo que serán propiedad de la institución y del prestador de servicio médico, y en razón de tratarse de instrumentos expedidos en beneficio del paciente, deberán conservarse por un período mínimo de cinco años, contados a partir de la fecha del último acto médico.

**5.7.** El médico, así como otros profesionales o personal técnico y auxiliar que intervengan en la atención del paciente, tendrán la obligación de cumplir los lineamientos de la presente Norma, en forma ética y profesional.

**5.8.** En casos de enfermedades de curso benigno, sólo el paciente tiene derecho a la información y, a menos que el lo autorice expresa o tácitamente, nadie, ni siquiera los familiares más próximos, pueden acceder a ella, ni el médico puede revelarla.

**5.9.** En enfermedades graves, puede admitirse que se revelen las condiciones necesarias para asegurar la mayor calidad de los cuidados al paciente.

**5.10.** En todos los establecimientos para la atención médica, la información contenida en las cartas de consentimiento bajo información, será manejada con discreción y confidencialidad, atendiendo a los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, y sólo podrán ser dadas a conocer a terceros, mediante orden de la autoridad competente.

**5.11.** Son autoridades competentes para solicitar las cartas de consentimiento bajo información integradas a los expedientes clínicos: autoridad judicial, órganos de procuración de justicia, órganos de arbitraje médico y autoridades sanitarias.

**5.12.** Las anotaciones en el consentimiento bajo información, deberán expresarse en lenguaje técnico médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado.

**5.13.** Las instituciones podrán establecer formatos para las cartas de consentimiento bajo información, tomando como mínimo los requisitos establecidos en la presente Norma.

**5.14.** Las cartas de consentimiento bajo información, se integrarán atendiendo a los procedimientos a realizar en los servicios de: consulta externa, urgencias hospitalización y gabinetes de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.

**5.15.** La integración de las cartas de consentimiento bajo información odontológicas y de las diversas especialidades médicas, se ajustarán a lo previsto en la presente Norma, así como en las Normas Oficiales Mexicanas correspondientes. Para el caso de los servicios de psicología clínica y psiquiatría, se ajustarán a la naturaleza de los servicios prestados, atendiendo a los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, en razón de lo cual sólo atenderán a las reglas generales previstas en la presente Norma.

**5.16.** La carta de consentimiento bajo información se ajustará a los requisitos siguientes:

- VII. Nombre de la institución a la que pertenezca el hospital;
- VIII. Nombre, razón o denominación social del hospital;
- IX. Título del documento;
- X. Lugar y fecha;
- XI. Nombre y firma de la persona que otorgue la autorización, y
- XII. Nombre y firma de los testigos.
- XIII. Deberá señalar el acto médico a realizar, así como sus posibles riesgos y complicaciones, atendiendo a lo establecido por la *lex artis*.
- XIV. Cláusula para la revocación del consentimiento.

**5.17.** Se deberá suscribir carta de consentimiento bajo información en casos de: ingreso hospitalario; intervención quirúrgica; amputación, mutilación o extirpación orgánica; empleo de anestesia general; medios invasivos; métodos definitivos de planificación familiar; actos de disposición de órganos y tejidos; actos que entrañen riesgo.

**5.18.** De manera general, la carta de consentimiento bajo información, deberá ser suscrita por un testigo, excepto en casos de que deba realizarse alguna amputación, mutilación o extirpación orgánica, que produzca modificación física permanente en el paciente, o en la condición fisiológica o mental del mismo, deberá ser suscrita por dos testigos idóneos, designados por el interesado o por la persona que lo suscriba.

## **6. Del consentimiento en pacientes menores de edad e incapaces**

**6.1.** La persona facultada para otorgar el consentimiento, es el paciente mayor de edad, con las siguientes excepciones:

a) Estado de incapacidad. En estos casos, deberá otorgarse por su representante, una autoridad, o bien, por persona o institución designada por ley.

b) Urgencia médica e incapacidad. Opera el consentimiento tácito, y serán los facultativos, los encargados de adoptar las decisiones pertinentes hasta solucionar la urgencia.

c) Medidas de seguridad sanitaria: cuarentena, aislamiento, vacunación observación personal, independientemente de la opinión del paciente, atendiendo a lo establecido por la Ley General de Salud.

d) Los menores de edad emancipados, estarán facultados para otorgar, por sí mismos, la autorización respectiva.

**6.2.** En caso de menores de edad, el acto médico sólo podrá efectuarse con autorización de quienes ejerzan la patria potestad, su representante, de una autoridad, o bien, de una persona o institución designada por ley.

**6.3.** La opinión del menor, en su caso, se tendrá en consideración, como un factor que será tanto más determinante, en función de su edad y grado de madurez.

**6.4.** El paciente será informado, incluso en caso de incapacidad, de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión, cumpliendo también el deber de informar a su representante legal.

**6.5.** El representante, la autoridad, persona o institución, designados por ley, deberán recibir la información necesaria, para obtener el consentimiento.

**6.6.** Para efectos de la presente Norma, siempre que se haga referencia a menores o incapaces, deberán aplicarse los numerales contenidos en este apartado.

## **7. Del consentimiento en consulta externa y empleo de auxiliares de diagnóstico y tratamiento**

**7.1.** En los procedimientos en los cuales se empleen fármacos, medicamentos, materiales y/o equipos que por a su naturaleza puedan producir riesgo al paciente, deberá informarse del mismo, y de sus alcances, en los términos previstos en la presente Norma.

## **8. Del consentimiento en casos electivos**

**8.1.** En todo hospital, y siempre que el estado del paciente lo permita, deberá recabarse a su ingreso autorización escrita y firmada para practicarle, con fines de diagnóstico o terapéuticos, los procedimientos médico-quirúrgicos necesarios, de acuerdo al padecimiento de que se trate, debiendo informarle claramente el tipo de documento que se le presenta para su firma. Esta autorización inicial no excluye la necesidad de recabar después la correspondiente a cada procedimiento que entrañe riesgo para el paciente.

## **9. Del consentimiento en casos de urgencia**

**9.1.** En casos de urgencia o cuando el paciente se encuentre en estado de incapacidad transitoria o permanente, la carta de consentimiento bajo información será suscrita por el familiar más cercano en vínculo que le acompañe, o en su caso, por su tutor o representante legal, una vez informado del carácter de la autorización.

**9.2.** Cuando no sea posible obtener el consentimiento por incapacidad del paciente y ausencia de las personas a que se refiere el párrafo que antecede, los médicos autorizados del hospital de que se trate, previa valoración del caso y con el acuerdo de por lo menos dos de ellos, llevarán a cabo el procedimiento terapéutico que el caso requiera, dejando constancia por escrito, en el expediente clínico.

## **10. Supuestos especiales**

**10.1.** Por cuanto hace a disposiciones comunes para la transfusión autóloga, los actos de disposición de sangre y de sus componentes para uso en transfusión autóloga, se llevarán a cabo exclusivamente en establecimientos hospitalarios en términos de establecido por en la Norma Oficial Mexicana NOM-003-SSA2-1993, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.

**10.2.** Se requerirá la obtención de consentimiento informado, anticipadamente a la realización de procedimientos de depósito previo y hemodilución preoperatoria aguda.

**10.3.** En lo relativo a los actos de disposición para transfusión autóloga, será responsabilidad del médico tratante: la indicación del procedimiento; la obtención del consentimiento informado del disponente originario, o en su caso, del secundario.

**10.4.** En casos de transfusión autóloga por procedimientos de reposición inmediata, será responsabilidad del médico tratante la indicación del procedimiento y tratándose de hemodilución preoperatoria aguda, obtener el consentimiento escrito del disponente originario, o en su caso, del disponente secundario, en los términos que señalan los apartados 11.2 y C.9 de la Norma Oficial Mexicana NOM-003-SSA2-1993, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.

**10.5.** En la utilización de unidades de sangre y de componentes sanguíneos, originalmente autólogos en transfusión alogénica, se deberá obtener el consentimiento escrito del disponente originario o, en su caso, del secundario. La carta de consentimiento bajo información deberá contener además de los requisitos generales, los siguientes:

- a) Nombre completo del disponente originario;
- b) Sexo;
- c) Edad;
- d) Domicilio y teléfono;
- e) Ocupación;
- f) Estado civil;
- g) Haber recibido información a satisfacción sobre el método de transfusión autóloga al que será sometido, y

- h) Que consiente la disposición de su sangre y componentes de ésta, para uso exclusivo en transfusión autóloga y que, en el caso de no emplearse con esa finalidad, permita su utilización en transfusión alogénica o su destino final.

**10.6.** El consentimiento informado del receptor, también debe constar documentalmente, en los términos establecidos por la presente Norma.

**10.7.** El registro de la transfusión de unidades de sangre o de sus componentes, así como las demás disposiciones aplicables, se efectuarán de conformidad con lo señalado en la Norma Oficial Mexicana NOM-003-SSA2-1993, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.

**10.8.** Tratándose de trasplantes entre vivos, el disponente originario deberá haber recibido información completa, sobre los riesgos de la operación y las consecuencias de la extirpación del órgano, en su caso, así como las probabilidades de éxito para el receptor, así como haber expresado su voluntad por escrito, libre de coacción física o moral, otorgada ante dos testigos idóneos o ante notario.

**10.9.** Tratándose de trasplantes de médula ósea, la Secretaría de Salud, podrá, en su caso, eximir al disponente originario del requisito de ser mayor de 18 y menor de 60 años de edad. Al efecto, deberán presentarse ante la Secretaría los estudios y diagnósticos terapéuticos que ésta determine y, cuando proceda, el consentimiento de los representantes legales del disponente, a quienes también se les deberá proporcionar la información.

**10.10.** La carta de consentimiento bajo información, en el que el disponente originario exprese su voluntad para la disposición de sus órganos y tejidos con fines de trasplante, deberá contener, además de los requisitos generales, los siguientes:

- I.- Nombre completo del disponente originario;
- II.- Domicilio;
- III.- Edad;
- IV.- Sexo;
- V.- Estado Civil;
- VI.- Ocupación;
- VII.- Nombre y domicilio del cónyuge, concubina o concubinario, si tuviere;
- VIII.- Si fuese soltero, nombre y domicilio de los padres y a falta de éstos, de alguno de sus familiares más cercanos;
- IX.- El señalamiento de que por propia voluntad y a título gratuito, consiente en la disposición del órgano o tejido de que se trate, expresándose si esta disposición se entenderá hecha entre vivos o para después de su muerte;
- X.- Identificación clara y precisa del órgano o tejido objeto del trasplante;
- XI.- El nombre del receptor del órgano o tejido, cuando se trate de trasplante entre vivos, o las condiciones que permitan identificar al receptor si la disposición fuera para después de su muerte;
- XII.- El señalamiento de haber recibido información a su satisfacción sobre las consecuencias de la extirpación del órgano o tejido;
- XIII.- Nombre, firma y domicilio de los testigos cuando se trate de documento privado;

XIV.- Firma o huella digital del disponente.

**10.11.** La carta de consentimiento bajo información del receptor, también debe constar en el expediente clínico. El receptor de un órgano o tejido, deberá haber expresado su voluntad por escrito, una vez enterado del objeto de la intervención, de sus riesgos y de las probabilidades de éxito, en los términos establecidos por la presente Norma, y deberá contener, además de los requisitos generales, los siguientes:

- I.- Nombre completo del receptor;
- II.- Domicilio;
- III.- Edad;
- IV.- Sexo;
- V.- Estado Civil;
- VI.- Ocupación;
- VII.- Nombre y domicilio del cónyuge, concubina o concubinario, si tuviere;
- VIII.- Si fuese soltero, nombre y domicilio de los padres y a falta de éstos, de alguno de sus familiares más cercanos;
- IX.- El señalamiento preciso de que por su propia voluntad consiente en la realización del trasplante, y que fue enterado suficientemente del objeto y clase de la intervención y de las probabilidades de éxito terapéutico;
- X.- Firma o huella digital del receptor;
- XI.- Nombre, firma y domicilio de los testigos si se trata de documento privado.

**10.12.** Cuando por causa de minoridad, incapacidad o imposibilidad física del receptor, éste no pueda expresar su voluntad para la realización del trasplante, la intervención podrá ser consentida por el cónyuge, el concubinario, la concubina, los ascendientes, descendientes, y los parientes colaterales hasta el segundo grado del disponente originario en términos de lo establecido por el Reglamento de la Ley General de Salud, en materia de Control Sanitario de la Disposición de Organos, Tejidos y Cadáveres de seres humanos, o por los representantes legales de menores o incapaces, siempre y cuando, previamente hayan recibido información completa, sobre las probabilidades de éxito terapéutico.

**10.13.** En caso de urgencia para la realización del trasplante, el consentimiento podrá ser otorgado por la primera persona de las mencionadas en el numeral anterior, que esté presente y, a falta de ello, por el Comité Interno de Trasplantes de la institución hospitalaria de que se trate.

**10.14.** El desarrollo de la investigación para la salud, debe atender los aspectos éticos que garanticen la dignidad, la protección de los derechos, así como el bienestar de la persona sujeta a investigación.

**10.15.** En la carta de consentimiento bajo información, la persona sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal, autorizará la participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

**10.16.** Para que el consentimiento informado se considere existente, la persona sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal, deberá recibir

explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla, por lo menos, sobre los siguientes aspectos:

- I. La justificación y los objetivos de la investigación;
- II. Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyendo la identificación de los procedimientos que son experimentales;
- III. Las molestias o los riesgos esperados;
- IV. Los beneficios que puedan observarse;
- V. Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto;
- VI. La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto;
- VII. La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento;
- VIII. La seguridad de que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad;
- IX. El compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio aunque ésta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando;
- X. La disponibilidad de tratamiento médico y la indemnización a que legalmente tendría derecho, por parte de la institución de atención a la salud, en el caso de daños que la ameriten, directamente causados por la investigación, y
- XI. Que si existen gastos adicionales, éstos serán absorbidos por el presupuesto de la investigación.

**10.17.** El consentimiento informado además de los requisitos generales establecidos en la presente Norma, deberá reunir los siguientes:

- I. Será elaborado por el investigador principal, indicando la información señalada en el artículo anterior y de acuerdo a la norma técnica que emita la Secretaría;
- II.- Será revisado y, en su caso, aprobado por la Comisión de Ética de la institución de atención a la salud;
- III.- Indicará los nombres y direcciones de dos testigos y la relación que éstos tengan con el sujeto de investigación;
- IV. Deberá ser firmado por dos testigos y por el sujeto de investigación o su representante legal, en su caso. Si el sujeto de investigación no supiere firmar, imprimirá su huella digital y a su nombre firmará otra persona que él designe, y
- V. Se extenderá por duplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o de su representante legal.

**10.18.** En caso de investigaciones con riesgo mínimo, la Comisión de Ética, por razones justificadas, podrá autorizar que el consentimiento informado, se obtenga sin formularse escrito, y tratándose de investigaciones sin riesgo, podrá dispensar al investigador la obtención del consentimiento informado.

**10.19.** Si existiera algún tipo de dependencia, ascendencia o subordinación de la persona sujeto de investigación hacia el investigador, que le impida otorgar libremente su consentimiento, éste debe ser obtenido por otro miembro del equipo de investigación, completamente independiente de la relación investigador-sujeto.

**10.20.** En las investigaciones en comunidades, el investigador principal, deberá obtener la aprobación de las autoridades de salud y otras autoridades civiles de la comunidad a estudiar, además de obtener la carta de consentimiento informado de las personas que se incluyan en el estudio, dándoles a conocer la información, en los términos establecidos por la presente Norma.

**10.21.** Para la realización de investigaciones en menores o incapaces, deberá en todo caso, obtenerse el escrito de consentimiento informado de quienes ejerzan la patria potestad o la representación legal del menor o incapaz de que se trate.

**10.22.** Cuando dos personas ejerzan la patria potestad de un menor, sólo será admisible el consentimiento de una de ellas, si existe imposibilidad fehaciente o manifiesta de la otra, para proporcionarlo, o en caso de riesgo inminentes para la salud o la vida del menor o incapaz.

**10.23.** Cuando la capacidad mental y estado psicológico del menor o incapaz lo permitan, deberá obtenerse, además, su aceptación, después de explicarle lo que se pretende hacer. La Comisión de Ética podrá dispensar el cumplimiento de estos requisitos por razones justificadas.

**10.24.** Para realizar investigaciones en mujeres embarazadas, durante el trabajo de parto, puerperio y lactancia; en nacimientos vivos o muertos; de utilización de embriones, óvulos o fetos; y para la fertilización asistida, se requiere obtener la carta de consentimiento informado de la mujer y de su cónyuge o concubinario, en los términos establecidos por la presente Norma, previa información de los riesgos posibles para el embrión, feto o recién nacido, en su caso.

**10.25.** La carta de consentimiento informado para investigaciones durante el trabajo de parto, deberá obtenerse antes de que aquél se inicie, y debidamente señalar, expresamente que el consentimiento puede ser retirado en cualquier momento del trabajo de parto.

**10.26.** En el tratamiento de urgencia, en condiciones que amenazan la vida de una persona, cuando se considere necesario usar medicamentos de investigación, o un medicamento conocido empleando indicaciones, dosis y vías de administración diferentes de las establecidas, el médico deberá obtener el dictamen favorable de la Comisión de Investigación de la institución de atención a la salud y la carta de consentimiento informado de la persona sujeto de investigación o, en su caso, de su representante legal.

**10.27.** En cuanto a la interrupción legal del embarazo, en aquellas entidades en las que esté autorizada, la mujer embarazada deberá otorgar el consentimiento bajo información, una vez realizada la consejería en la cual se proporcionará la orientación, asesoría e información objetiva. En caso de menores de edad, el consentimiento deberá otorgarse por quienes ejerzan la patria potestad, su representante, autoridad, o bien, una persona o institución designada por ley, teniéndose en consideración la opinión de la menor embarazada.

## **11. Revocación del consentimiento**

**11.1.** En cualquier momento, la persona podrá retirar libremente su consentimiento, excepto en caso de tratamiento sanitario obligatorio por ley, urgencias e incapacidad declarada o de hecho, para tomar decisiones.

**11.2.** En la carta de consentimiento bajo información debe constar un apartado para la revocación del consentimiento.

**11.3.** La revocación del consentimiento implica que éste puede ser retirado en cualquier momento, siempre y cuando, el paciente no se encuentre ante un caso de urgencia, o bien, que debido a su estado de salud, sea mayor el riesgo que el beneficio al suspender el acto autorizado. El médico no puede abandonar al paciente a su suerte, en caso de riesgo grave.

**11.4.** En el caso de negativa del paciente al tratamiento, el médico debe advertir al enfermo o familiares, de los riesgos que la revocación del consentimiento y el consiguiente abandono del tratamiento suponen, e incluso asegurar la continuidad de los cuidados, durante el tiempo que medie entre la revocación del consentimiento y la instauración del nuevo tratamiento por otro facultativo.

**11.5.** En los casos referidos en el numeral que antecede, el médico está obligado a proporcionar al profesional que continúe el tratamiento del paciente, resumen clínico conteniendo los datos relevantes de la atención, así como el resultado de los estudios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.

## **12. Concordancia con Normas Internacionales y Mexicanas**

Esta Norma tiene concordancia parcialmente con lineamientos y recomendaciones internacionales, establecidas por la Organización Mundial de la Salud.

## **13. Bibliografía**

**13.1.** Achával Alfredo. Responsabilidad Civil del Médico, Segunda edición ampliada y actualizada, Abeledo Perrot, Buenos Aires, Argentina.

**13.2.** De Lorenzo y Montero Ricardo, Derechos y Obligaciones de los Pacientes, Constitución y Leyes, S.A.; España, 2003.

**13.3.** Valencia Alexander, Responsabilidad Civil Médica por daños al Paciente. Editorial Jurídica Boliviana, Bolivia, 1997.

**13.4.** Alonso Olea M., Las Prestaciones del Sistema Nacional de Salud, Civitas, España, 1999.

**13.5.** Pérez de Leal, Responsabilidad civil del médico, Editorial Universidad. Argentina, 1995.

**13.6.** Enciclopedia Jurídica Omeba III, Driskill, S.A., Argentina, 1992.

**13.7.** López Miró Horacio G., El Consentimiento Informado Como Obligación de Fines, VII Congreso Internacional de Derecho de Daños, Argentina, 2006.

**13.8.** Galán Cortés JC., El consentimiento informado del usuario de los servicios sanitarios, Madrid, Colex, 1997.

**13.9.** CONAMED. *Consentimiento Válidamente Informado*, Secretaría de Salud-CONAMED, 1ª edición, México, 2004.

**13.10.** Aguirre Gas, Héctor, *Ética Médica, Consentimiento Informado*, Seminario el Ejercicio Actual de la Medicina, Facultad de Medicina, UNAM, México, 2002.

13.11. Asociación Española de Cirujanos, El Consentimiento Informado en Cirugía, Editores Médicos, S.A., España, 1998.

13.12. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, Documentos de Consentimiento Informado en Ginecología y Obstetricia, EDIMSA, S.A., España, 2003.

#### 14. Observancia de la Norma

La vigilancia de aplicación de esta Norma corresponde a la Secretaría de Salud y a los gobiernos de las entidades federativas en el ámbito de sus respectivas competencias.

#### 15. Vigencia

La presente Norma, entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

#### 16. Apéndice “A” Formatos Básicos

##### Carta de Consentimiento Bajo Información

##### Ingreso Hospitalario

Nombre de la Institución: \_\_\_\_\_

Nombre del Hospital: \_\_\_\_\_

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

El que suscribe           (nombre del paciente)          , de \_\_\_\_\_ años de edad, con domicilio en \_\_\_\_\_, por este medio, libremente y sin presión alguna, autorizo ser internado en este hospital, siendo mi médico tratante:           (nombre del facultativo)           para que se me realicen los estudios auxiliares de diagnóstico, así como las medidas terapéuticas necesarias, a fin de restablecer, en la medida de lo posible, mi estado de salud. He sido informado que los estudios consistirán en una serie de procedimientos que se me realizarán y procesarán en laboratorios o gabinetes especiales. Dichos estudios consisten en: interrogatorio clínico, exploración física, toma de muestras de sangre, secreciones y/o tejidos corporales, estudios de imagen, pruebas electrofisiológicas, entre otros. Así mismo, los tratamientos consistirán en la aplicación de medicamentos, y en su caso la realización de procedimientos quirúrgicos, cuyos efectos han sido probados científicamente. En caso de requerirse cirugía, manifiesto que primero me aseguraré de entender la condición médica que motivará la necesidad de dicha operación, si se trata de un procedimiento electivo; aceptando que las situaciones de urgencia, pueden considerarse causa justificada para actuar sin formalizar el consentimiento. En estas situaciones de urgencia, se ponderará la vida sobre la libertad y autonomía del paciente.

Se que al otorgar el consentimiento bajo información, no se excluye el deber de responder por parte del prestador del servicio. Manifiesto que la esencia del consentimiento, es el acuerdo entre el paciente y el prestador del servicio, mediando para ello la información y el entendimiento de los actos profesionales, para la libre aceptación de los mismos.

Estoy enterado que durante la hospitalización, pueden ocurrir complicaciones y accidentes fortuitos, los que el Hospital está comprometido a prevenir y evitar.

Se me ha explicado la naturaleza y el objetivo del (los) acto (s) médico (s) que se me propone, incluyendo riesgos. Estoy satisfecho con esas explicaciones y las he comprendido. También consiento en este acto, la realización de estudios, procedimientos, tratamientos o intervenciones adicionales, que en opinión de mi (los) médico (s) tratante (s) sean necesarios, sin embargo, deberán ser ratificados por mi representante legal en caso de que yo estuviese inhabilitado para hacerlo.

Atentamente

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del paciente  
(o su representante legal)

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del testigo

### Carta de Consentimiento Bajo Información

Nombre de la Institución: \_\_\_\_\_

Nombre del Hospital: \_\_\_\_\_

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

El que suscribe       (nombre del paciente)      , de \_\_\_\_\_ años de edad, por este medio, libremente y sin presión alguna, manifiesto que estoy enterado de mi padecimiento el cual consiste en:       (diagnóstico)      , por ello autorizo al (los) Dr. (res): \_\_\_\_\_ para que me realicen       (procedimiento propuesto y explicación del mismo)      , habiendo sido debidamente informado de los beneficios: \_\_\_\_\_; riesgos y complicaciones: \_\_\_\_\_, así como otras alternativas de tratamiento: \_\_\_\_\_.

Reconozco que se me explicó y entendí el procedimiento propuesto, estoy enterado de los beneficios, de los riesgos y las probables complicaciones que se pueden presentar, así mismo, sé de las alternativas existentes. Consciente de que se busca un beneficio, otorgo mi consentimiento, sin obligación y por decisión propia, para que se efectúe dicho procedimiento. De igual forma, autorizo se realicen los procedimientos necesarios, para la atención de contingencias y urgencias, derivadas del acto autorizado, con base en el principio de libertad prescriptiva.

Atentamente

Nombre y firma del paciente o su representante legal: \_\_\_\_\_

Nombre y firma de quien proporciona la información y realizará el procedimiento: \_\_\_\_\_

Nombre y firma del (los) testigo (s):  
\_\_\_\_\_

**Carta de Consentimiento Bajo Información**  
**Trasplante de Organos y Tejidos**  
**Disponente Vivo**

Nombre de la Institución: \_\_\_\_\_

Nombre del Hospital: \_\_\_\_\_

Nombre y domicilio de un familiar: \_\_\_\_\_

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

El que suscribe  (nombre del donante) , de \_\_\_\_\_ años de edad, sexo: \_\_\_\_\_ ocupación: \_\_\_\_\_ por mi propio derecho, de manera libre, voluntaria e informada, y con apoyo en lo previsto en los artículos 313, 314, 315, 316, 319, 320, 321, 322, 323, 324, 325, 326 y demás relativos y aplicables de la Ley General de Salud, en relación a lo previsto en los artículos 6, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 21, 24, 25, 26, 27, 29 y demás relativos y aplicables del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Organos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos, manifiesto mi voluntad para que se disponga a título gratuito de  (señalar órgano (s)) , el día \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_, y sea trasplantado el mismo al paciente  (nombre del receptor) , de \_\_\_\_\_ años de edad, sexo \_\_\_\_\_, con expediente clínico número \_\_\_\_\_, internado en la cama número \_\_\_\_\_, del servicio de \_\_\_\_\_ de este Hospital \_\_\_\_\_,

Para dichos efectos y bajo protesta de decir verdad manifiesto:

I.- Tener mi domicilio en: \_\_\_\_\_

II.- Que en este acto autorizo al (los) facultativo (s) \_\_\_\_\_, quienes intervendrán en el procedimiento para que se realice el trasplante.

III.- Que el paciente guarda conmigo parentesco de \_\_\_\_\_

IV.- Que se me ha explicado detalladamente la naturaleza de los procedimientos médico-quirúrgicos que se me realizarán.

V.- Que se me han explicado ampliamente los riesgos inherentes al trasplante, así como las consecuencias que pueden originarse y las probabilidades de éxito, lo cual he comprendido y tengo plena conciencia.

VI.- Se me ha explicado que durante los procedimientos, pueden presentarse imprevistos que varían el tratamiento original, por consecuencia autorizo para que me realicen aquellos que eventualmente se requieran.

**PROTESTO LO NECESARIO**

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del donante

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de quien proporciona la información  
y realizará el procedimiento

**TESTIGOS**

\_\_\_\_\_  
NOMBRE, FIRMA

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA

\_\_\_\_\_  
DOMICILIO:

\_\_\_\_\_  
DOMICILIO:

**Carta de Consentimiento Bajo Información  
Trasplante de Organos y Tejidos de Cadáver**

Nombre de la Institución: \_\_\_\_\_

Nombre del Hospital: \_\_\_\_\_

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

DATOS DEL DISPONENTE ORIGINARIO				
APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE (S)			EDAD	SEXO
DOMICILIO: CALLE	No.	LETRA	COLONIA	C.P.
CIUDAD	DELEGACION	ENTIDAD FEDERATIVA		TELEFONO
DIAGNOSTICO (S)				
CAUSA (S) DE LA MUERTE				
NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE:				

DATOS DE LOS DISPONENTES SECUNDARIOS				
1	APELLIDOS PATERNO, MATERNO Y NOMBRE (S)			PARENTESCO
CALLE	No.	LETRA	COLONIA	
C.P.	DELEGACION			
CIUDAD				
ENTIDAD FEDERATIVA				TELEFONO
2	APELLIDOS PATERNO MATERNO Y NOMBRE (S)			PARENTESCO
CALLE	No.	LETRA	COLONIA	
C.P.	DELEGACION			
CIUDAD				
ENTIDAD FEDERATIVA				TELEFONO

**EN CALIDAD DE DISPONENTE (S) SECUNDARIO (S) DEL CADAVER CUYO NOMBRE SE ENCUENTRA ARRIBA SEÑALADO, DESPUES DE HABER ESCUCHADO LA SOLICITUD DE LOS MEDICOS DE ESTE HOSPITAL Y DEBIDAMENTE ENTERADO (S) DE LOS ALCANCES Y BENEFICIOS DE MI (NUESTRA) AUTORIZACION, OTORGO (AMOS) MI (NUESTRO) CONSENTIMIENTO LIBRE E INFORMADAMENTE, PARA LA OBTENCION DE (ESPECIFICAR LOS ORGANOS Y TEJIDOS).**

**PARA UTILIZARLO (S) EN TRASPLANTE (S), ASI COMO LA OBTENCION DE PARTES DE TEJIDO PARA SU USO EN PRUEBAS DE COMPATIBILIDAD, EN ESTE HOSPITAL O EN CUALQUIER OTRO QUE SEA REQUERIDO.**

NOMBRE Y FIRMA DE LOS DISPONENTES SECUNDARIOS	

DATOS DE LOS TESTIGOS			
APELLIDOS PATERNO, MATERNO Y NOMBRE		APELLIDOS PATERNO, MATERNO Y NOMBRE	
CALLE	No.	LETRA	
CALLE	No.	LETRA	
COLONIA		COLONIA	
C.P.	CIUDAD	C.P.	CIUDAD
ENTIDAD FEDERATIVA	DELEGACION	ENTIDAD FEDERATIVA	DELEGACION
FIRMA DEL PRIMER TESTIGO		FIRMA DEL SEGUNDO TESTIGO	

**Carta de Consentimiento Bajo Información  
Trasplante de Organos y Tejidos  
Receptor**

Nombre de la Institución: \_\_\_\_\_

Nombre del Hospital: \_\_\_\_\_

Nombre y domicilio de un familiar o representante legal: \_\_\_\_\_

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

El que suscribe (nombre el receptor), de \_\_\_\_\_ años de edad, sexo \_\_\_\_\_ ocupación: \_\_\_\_\_ por mi propio derecho, de manera libre, voluntaria e informada, y con apoyo en lo previsto en los artículos 313, 314, 315, 316, 319, 320, 321, 322, 323, 324, 325, 326 y demás relativos y aplicables de la Ley General de Salud, en relación a lo previsto en los artículos 6, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 21, 24, 25, 26, 27, 29 y demás relativos y aplicables del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Organos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos, manifiesto mi voluntad para que a título gratuito, me sea trasplantado el (los) (señalar órgano (s)), el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_, siendo obtenido del paciente (nombre del donante), de \_\_\_\_\_ años de edad, sexo \_\_\_\_\_, con expediente clínico número \_\_\_\_\_, internado en la cama número \_\_\_\_\_, del servicio de \_\_\_\_\_ de este Hospital.

Para dichos efectos y bajo protesta de decir verdad manifiesto:

I.- Tener mi domicilio en: \_\_\_\_\_

II.- Que en este acto autorizo al (los) facultativo (s) \_\_\_\_\_, quienes intervendrán en el procedimiento para que se me realice el trasplante.

III.- Que el donante guarda conmigo parentesco de \_\_\_\_\_

IV.- Que se me ha explicado detalladamente la naturaleza de los procedimientos médico-quirúrgicos que se me realizarán.

V.- Que se me han explicado ampliamente los riesgos inherentes al trasplante, así como las consecuencias que pueden originarse y las probabilidades de éxito, lo cual he comprendido y tengo plena conciencia.

VI.- Se me ha explicado que durante los procedimientos, pueden presentarse imprevistos que varían el tratamiento original, por consecuencia autorizo para que me realicen aquellos que eventualmente se requieran.

**PROTESTO LO NECESARIO**

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del receptor

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de quien proporciona la información  
y realizará el procedimiento

**TESTIGOS**

\_\_\_\_\_  
NOMBRE, FIRMA  
DOMICILIO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA  
DOMICILIO: \_\_\_\_\_

### **Conclusiones.**

- Para que los servicios que brindan las Instituciones de salud, se ofrezcan en forma oportuna y se eviten desviaciones que generan controversias, los médicos y otros profesionales de la salud, así como el personal administrativo, deben revisar, actualizar y mejorar permanentemente, los protocolos y manuales de procedimientos que sustentan los servicios que otorgan, atendiendo a la capacidad resolutive de la unidad médica y a las necesidades de los usuarios.
- Los resultados de esta investigación, según la fuente utilizada, aportaron evidencia suficiente para aceptar la primera hipótesis, pues la mayoría de las controversias en la prestación de servicios de salud (60%) se debieron a deficiencias médicas en el servicio brindado.
- Por cuanto hace a la segunda hipótesis, si bien es cierto que los resultados mostraron que las controversias se debieron principalmente a deficiencias médicas, también es cierto, que en 40% de los casos, existieron deficiencias administrativas; es decir, no se puede atribuir la mala práctica exclusivamente a las deficiencias médicas, pues la participación administrativa también fue significativa.
- Respecto a las deficiencias administrativas, los resultados mostraron que la falta de oportunidad en la atención y la falta de supervisión, son factores que inciden en la prestación de los servicios de atención médica y son generadores de mal *praxis*. Por lo anterior, existe evidencia suficiente para aceptar la tercera hipótesis, teniéndose por cierto, que la falta de oportunidad y la insuficiente supervisión, originan mala práctica. Estos datos indican que existe la necesidad de fortalecer los procesos organizacionales, a fin de procurar la debida oportunidad en la atención del enfermo.

- La disponibilidad de medicamentos, de material de curación, de laboratorio clínico, de gabinete de imagen, así como de personal médico y de enfermería, no originaron mala práctica en los 313 casos estudiados. En efecto, en la mayoría de ellos, quedó demostrado que existió suficiencia en cuanto a los rubros citados.
- Los resultados obtenidos en cuanto al proceso de atención (respuesta a la demanda de servicio, información y aceptación para recibir la información, obligaciones de medios de diagnóstico y tratamiento), aportaron evidencia suficiente, para tener por cierto, que cuando estos factores son deficientes, originan mala práctica en la prestación de servicios de atención médica, aceptándose la cuarta hipótesis.
- Según la fuente utilizada, se observó incumplimiento de obligaciones de medios de diagnóstico y tratamiento por parte del personal médico, siendo aceptada la quinta hipótesis, pues existen factores de mayor gravedad para la generación de mala práctica. En efecto, los resultados mostraron deficiencias en ciertos rubros, entre ellos: la indicación incompleta de estudios de laboratorio y gabinete por parte del personal médico, la instauración inoportuna del tratamiento, así como inoportunidad en la detección de complicaciones, la cual se relacionó con falta de vigilancia. De igual manera, se observó relación entre mala integración del expediente clínico y la insuficiencia o falta de apego a lo establecido por la literatura médica generalmente aceptada. Esto significa, incumplimiento de los facultativos con lo establecido por los principios científicos y éticos que orientan el ejercicio de la medicina, lo cual origina mal *praxis*.
- Lo anterior, indica que la mayoría de las controversias, tuvieron origen en el desempeño de los profesionales que brindaron la atención médica. También hace evidente, que las controversias en la prestación de servicios de salud y

las competencias profesionales, guardan estrecha relación, la cual incide en la calidad de la prestación de los servicios.

- El consentimiento bajo información es una exigencia médica, legal y administrativa, cuya inobservancia configura causal de responsabilidad por parte del facultativo; pese a ello, en esta investigación, los resultados mostraron que en la mayoría de los casos, no fue suficiente la información brindada al paciente y se observaron serias desviaciones, en cuanto a la suscripción de la carta de consentimiento bajo información y la integración del expediente clínico, situación que además de estar relacionada con los casos de mala práctica, mostró incumplimiento del personal médico con lo establecido por los ordenamientos jurídicos.
- Las serias deficiencias observadas en la integración del expediente clínico, hacen evidente la necesidad de capacitación al personal de salud, destacándose la importancia que tiene el expediente clínico en el proceso de atención médica, en el cumplimiento jurídico y administrativo, así como en la resolución de controversias.
- El consentimiento bajo información, debe realizarse en beneficio de la relación médico-paciente; sin embargo, aunque existe un marco regulatorio, los resultados muestran que es ineficaz, pues su complejidad implica tanto para el facultativo, como para el usuario de los servicios de salud, realizar un estudio de todas las disposiciones legales, para asegurarse de cumplir con los requisitos del consentimiento informado.
- No existen criterios uniformes en las disposiciones legales encargadas de regular el consentimiento bajo información, ejemplo de ello es que la Ley General de Salud no define el mencionado instrumento, ni sus reglas generales, para los distintos ámbitos de aplicación.

- La falta de sistematización normativa, origina que existan diferentes modalidades para el consentimiento bajo información, esto complica su aplicación y origina contradicciones entre normas de distintos niveles jerárquicos, por ello es indispensable uniformar y generalizar criterios para la debida elaboración e integración de las cartas de consentimiento bajo información.
- Existe la necesidad de crear una norma que establezca las principales acciones técnicas y conductuales, a fin de que los prestadores de los servicios de atención médica, dispongan de una guía que les permita comprender y realizar correctamente los procesos de consentimiento y les facilite el cumplimiento de las disposiciones legales y administrativas en la materia.
- Los resultados de la investigación, aportaron evidencia suficiente para aceptar que una Norma Oficial Mexicana del Consentimiento Bajo Información, resolvería la problemática de información al paciente sobre los procedimientos a realizarse durante su atención.
- Además del cumplimiento de las disposiciones legales y administrativas, mediante la propuesta de la citada norma, se busca mejorar la prestación de servicios de atención médica, principalmente incrementar la seguridad del enfermo, favorecer la comunicación médico paciente, la toma de decisiones, la evaluación del riesgo-beneficio, así como incidir en la disminución de las causas que generan controversias.
- Los resultados de la investigación, aportaron evidencia suficiente para aceptar la hipótesis de trabajo, al mostrar que es posible evitar las deficiencias médicas y administrativas en la prestación de servicios de atención médica, mediante una Norma Oficial Mexicana del Consentimiento Bajo Información.

- De la fuente utilizada en la presente investigación, se desprende que en para el estudio de casos, es importante considerar el contexto en el que se desenvuelve el médico.
- Dada la carencia de estudios similares, es evidente la necesidad de incrementar las investigaciones relacionadas con la seguridad del paciente y la generación de efectos adversos, pues si bien existen publicaciones sobre el tema, resulta indispensable incluir la seguridad como elemento de gestión.
- La gestión del error, debe tratarse de tal manera, que no incremente la desconfianza entre profesionales, instituciones y pacientes o usuarios, que no genere mecanismos defensivos entre unos y otros, que propicie el trabajo conjunto, que permita definir aquello que no deba suceder y disponer de los recursos para evitarlo, buscar mejores mecanismos de detección de deficiencias, enfatizar las medidas de prevención, así como proponer medidas de monitoreo, evaluación y retroalimentación.

### **Recomendaciones.**

- Se deben establecer Programas de Capacitación Gerencial para Directivos de las Instituciones prestadoras de servicios de salud, orientados a implementar mecanismos de supervisión y evaluación del cumplimiento en materia de consentimiento bajo información y del expediente clínico, pues según se observó existen serias deficiencias en estos rubros.
- Así mismo, se deben establecer Programas de Capacitación respecto al Consentimiento Bajo Información y al Expediente Clínico, orientados de manera específica al personal médico, de odontología y enfermería.
- De manera complementaria, la difusión en materia de consentimiento bajo información, dirigida a prestadores y usuarios de los servicios de salud, les permitirá comprender mejor el proceso de consentimiento.
- Se recomienda establecer en las Instituciones prestadoras de servicios de salud, procedimientos de monitoreo y retroalimentación, no punitivos, los cuales permitan reconocer las deficiencias en el servicio y evitarlas en el futuro.
- Las Instituciones de salud, deben establecer protocolos de manejo para los padecimientos más frecuentes conforme al nivel de atención de las unidades médicas, pues las guías clínicas orientan la actuación, proporcionando pautas que se estiman correctas en términos de la *lex artis*, en el estado del los conocimientos médicos en ese momento.
- Las Instituciones prestadoras de servicios de salud, deben fomentar la participación del personal en el fortalecimiento de los procesos organizacionales, a fin de garantizar la oportunidad en la atención, y el apego a los principios científicos y éticos en los servicios que brindan.

- Las Instituciones prestadoras de servicios de salud, deben promover continuamente, el desarrollo de la capacidad profesional del personal médico, teniendo como marco de referencia las controversias derivadas de la prestación de los citados servicios.
- Las Instituciones educativas y las Instituciones prestadoras de servicios de salud, deben establecer mecanismos de coordinación que permitan mejorar las competencias profesionales y los procesos en los servicios de salud.
- Las Instituciones educativas, deben integrar en sus Programas de Pregrado y Posgrado, una asignatura relacionada con los aspectos jurídicos y administrativos de la práctica médica, así como con las causas que generan controversias y sus formas de resolución.
- Para la realización de otras investigaciones relacionadas con la seguridad del paciente, se recomienda incluir el contexto en el que se desenvuelve el médico, así como otro tipo de variables como pueden ser: número de consultas, número de camas, número de intervenciones quirúrgica, número de hospitalizaciones, número y tipo de personal que brinda el servicio, turno, entre otras.
- En las organizaciones dedicadas a la prestación de servicios de atención médica, se deben establecer Programas de Seguridad Médico-Paciente, a fin de identificar y registrar desviaciones, de manera que puedan ser analizadas y poder tomar medidas para que no se vuelvan a presentar.

### **Referencias Bibliográficas.**

- Academia Mexicana de Cirugía. La Responsabilidad Profesional y Jurídica de la Práctica Médica; Comisión Nacional de Arbitraje Médico, México 1999.
- Acosta Ramírez Vicente, *De la Responsabilidad Civil Médica*; Chile, editorial Jurídica de Chile, 1990.
- Aguirre Gas, Héctor, *Ética Médica, Consentimiento Informado*, Seminario el Ejercicio Actual de la Medicina, Facultad de Medicina, UNAM, México, 2002.
- Alcalá Zamora y Castillo Niceto, *Proceso, Autocomposición y Autodefensa*, UNAM, México, 1970, p. 18.
- Arangio Ruiz, V., *Las Acciones en el Derecho Privado Romano*. Trad. Faustino Gutiérrez-Alviz, Madrid, *Revista de Derecho Romano*, 1945, pp. 11-20.
- Aubia Jaime *Errores Médicos: Los Sistemas de Protección y sus Paradojas*. Cuadernos de la editorial Fundación Grífols i Lucas c/. Barcelona, 2002.
- Alvarez Cáceres, *Estadística Multivariante y No Paramétrica con SPSS; editorial Díaz de Santos, S.A. España, 1994*.
- Banco Mundial, "Universal Health Insurance Coverage in México: In Search of Alternatives", Grupo de Desarrollo Humano y Social, Región de América Latina y el Caribe, Oficina para México y Colombia, 2004.
- Bertalanffy, Ludwig Von, *Tendencias en la Teoría General de Sistemas*; editorial Alianza Universidad, Madrid, 1972.
- Bertalanffy, Ludwig Von, *Teoría General de los Sistemas*; editorial Fondo de Cultura Económica, México, 1995.
- Borges Freddy J., *Iatrogenia*, *Rev. Med. Uruguay* 3:58-62, 1987.
- Bunge Mario. *Investigación Científica*; editorial Siglo XXI, Buenos Aires, Argentina, 2000.
- Bustamante Alsina, Jorge, *Teoría general de la responsabilidad civil*, 3ª ed., Abeledo-Perrot, Argentina, 1999, pp. 50-55.
- Cabanellas, Guillermo, *El Diccionario Enciclopédico de Derecho Usual*, Ed. Heliasta S.R.L., 21ª Edición, Tomo V, Letra J-O, Buenos Aires, Argentina, p. 534.
- Cabello Morales, *Calidad de la Atención Médica: ¿Paciente o cliente?*, *Rev. Med. Hered.*, Perú, ene/jul 2001, vol. 12, No. 3, pp. 96-99.

- Carnelutti, Francesco. *Sistema de Derecho Procesal Civil*, t. I, UTEHA, Buenos Aires, Argentina, 1944, p. 44.
- Casa Madrid Mata, O.R., *La Atención Médica y el Derecho Sanitario*. Ediciones JGH, México, 1999, p. 11.
- Centro Europeo del Consumidor en España, “Los Sistemas Alternativos de Resolución de Conflictos en España y en la Unión Europea”, Madrid, 2006.
- CONAMED. *Consentimiento Válidamente Informado*, Secretaría de Salud-CONAMED, 1ª edición, México, 2004, p. 23.
- CONAMED, *Habilidades Cognitivas para los Procesos de Conciliación*, México, 2005.
- CONAMED, *Algunos Elementos Esenciales para Comprender el Régimen Jurídico del Acto Médico*, 2006.
- CONAMED, *Modelo Mexicano de Arbitraje Médico*, 1ª edición, México, 2003. pp. 153-156.
- Comisión Andina de Juristas [www.cajpe.org](http://www.cajpe.org) Tribunal Supremo de Justicia [www.tsj.gov.ve](http://www.tsj.gov.ve) (Venezuela).
- De Cupis Adriano, *El daño*. Editorial Bosch, Madrid, España, S.A., pp. 212-215.
- De Pina Rafael, *Diccionario de Derecho*, Ed. Porrúa, México, 2001, p. 256.
- Declaración final de la VI Cumbre Iberoamericana de Presidentes de Cortes y Tribunales Supremos de Justicia, Santa Cruz de Tenerife, 2001.
- Del Pilar Hernández, María, *Derechos del Personal de la Salud*. Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM, pp. 6-11.
- Demogue René, *Traité des Obligations en General*, Tomo III, Librairie Arthur Rousseau, Rousseau et Cie., rue Soufflot, 14, París, 1923.
- Díaz, Luis Miguel, *Arbitraje privatización de la justicia*. Editorial Themis. México, 1991, p. 13.
- *Diccionario Jurídico Mexicano*. Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM. Décima Edición, Editorial Porrúa México, Tomo P-Z, p. 3123.
- Dobler López, Irving F., *La responsabilidad en el ejercicio médico*. Ed. El Manual Moderno, México, 2002, pp. 115-121.
- Donabedian Avedis. *Perspectivas en Salud Pública. Garantía y Monitoreo de la Calidad de la Atención Médica*, México, D.F. Instituto Nacional de Salud Pública, 1990, pp. 10-11.

- Donabedian A. A. *The Definition of Quality and Approaches to its Assessment*. Health Administration Press, Volumen I, 1980.
- Donabedian, A. Twenty years of research on the quality of medical care. *Evaluation and the health professions*, 8 (3): 243-265, 1985.
- Dorantes Tamayo, Luis, *Elementos de Teoría General del Proceso*. Editorial Porrúa, S.A., México, 1993, pp. 13-15.
- Elorsa Pérez Tejada Haroldo. *Estadística para las ciencias sociales y del comportamiento*; editorial Oxford, México 1999.
- Enciclopedia Jurídica OMEBA, tomo V, Ed. Driskill, S.A., Buenos Aires, Argentina, p. 356.
- Encyclopedia of Bioethics, vol. I, p. XIX, New York, 1978.
- Engelhardt HT. *Especialidad en bioética*. Editorial Clarín. Buenos Aires Argentina, 1995, pp. 20-21.
- F. González Hermoso.- Errores médicos o desviaciones en la práctica asistencial diaria, *Cir Esp*. 2001;69:591-603.
- Fernández Longo, Enrique, “La Negociación”, *Revista Previews*, año 6, n° 15, Argentina, (AFJP Previnter, S.A.), 1999.
- Fernández Ruiz (comp.), *Servicios Públicos de Salud y Temas Conexos*, México, editorial Porrúa, UNAM, 2006, pp. 48-49.
- Flores García Fernando. Arbitraje, Conciliación, Amigable Composición. *Revista de la Facultad de Derecho de México*. U.N.A.M., México, 1995, pp. 57-90.
- Flores Sandí, Indicadores de calidad en la pericia forense, *Med. Leg. Costa Rica*, 2004, Vol. 21, No.1, pp.119-128.
- FUNSALUD, “La Salud en México: 2006/2012”, *Visión de FUNSALUD*, México, 1ª Ed., 2006, pp. 21-22.
- *Gac Méd Mex* 2003;139 (3):29193; Los errores médicos. Seminario: El Ejercicio Actual de la Medicina, UNAM.
- Galán Cortés JC., *El consentimiento informado del usuario de los servicios sanitarios*, Madrid, Colex, 1997.
- Gálvez Norma, *Acuerdos y Desacuerdos en Torno a la Conciliación*, Colombia, 2001.
- García Ramírez Sergio, *La Responsabilidad Penal del Médico*, México, D.F., Editorial Porrúa, UNAM, México, 2001, p. 227.

- García Ramírez Sergio “CONAMED: Una institución con autoridad moral”. Revista CONAMED, México. Año 1. No. 3, 1997.
- Gherzi C.A. Responsabilidad Profesional. Cap. II, ed. Astrea, Bs. As., 1995, p. 17.
- Gherzi Rossello, Derecho y Reparación de Daños, Ed. Universidad, Argentina, 1999, p. 36.
- González Oropeza Manuel, *Los derechos humanos y el derecho a la protección de la salud*, México, Revista CONAMED año 3, num. 9, octubre-diciembre 1998, p. 10.
- Grífols i Lucas, Víctor. La Gestión de los Errores Médicos No. 7-(2002), editorial Fundación Grífols i Lucas c/. Barcelona.
- Instituto de Investigaciones Jurídicas, Diccionario Jurídico Mexicano, Ed. Porrúa, UNAM, México, 1996. p. 793.
- Kerlinger Fred N., Pedhazur E.; *Multiple Regression in Behavioral Research*; editorial Holt, Rinehart and Winstn, Inc., EEUU, 1973.
- Larenz, La Relación de Causalidad, Revista Chilena de Derecho, Chile, 2001, p. 303.
- Lee TH: *A broader concept of medical errors*. N Engl J Med 2002;347:1965-7.
- Lohr KN., Outcome measurement: Concepts and Questions, Inquiry 1998; 25, pp. 37-50.
- López Miró Horacio G., El Consentimiento Informado Como Obligación de Fines, VII Congreso Internacional de Derecho de Daños, Argentina, 2006.
- Malcom Baldrige, *Health Care Criteria for Performance Excellence, The Malcom Baldrige National Quality Award Program, National Institute of Standards and Technology*. Technology Administration United States Department of Commerce, 2001.
- Medical errors in pediatrics and neonatology. *A new multidisciplinary approach is required*. An Pediatr (Barc) 2006;64:327-329.
- Miranda, Francisco, “*MEDILEX DOCTRINA*”, Medilex Consultores, Chile, 2001.
- Modelo Nacional para la Calidad Total. México, 2002.
- Mosset Iturraspe, Jorge, *Estudios sobre la responsabilidad por daños*, Rubinzal Culzoni Editores. Buenos Aires, Argentina, pp. 302-309
- Nespeca, Alfredo, *Mala praxis, manual de información para el médico*, Editorial Córdoba, Argentina, 2000, p. 312.
- Organización Mundial de la Salud, Informe sobre la Salud en el Mundo 2000, Mejorar el desempeño de los sistemas de salud, Ginebra, OMS, 2000, pp.146-147.

- Organización Mundial de la Salud, Calidad de la atención: seguridad del paciente, Washington, D.C., *55ª Asamblea Mundial de la Salud*, 2002, pp. 1-2.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, Estudios sobre los Sistemas de Salud, México, OCDE, 2005, pp. 20-25.
- Organización Panamericana de la Salud, “Por la Seguridad del Paciente”, *Boletín OPS*, 2005, pp. 1-2.
- Organización Panamericana de la Salud, Promoviendo la Salud en las Américas, Recursos Humanos: temática central del 7 de abril, Día Mundial de la Salud 2006, Washington, D.C., OPS, 2006.
- Organización Panamericana de la Salud, Prioridades y Estrategias en Recursos Humanos para la Salud, OPS/OMS, 2006.
- Organización Panamericana de la Salud, Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, Informe Anual del Director, OPS/OMS, 1998.
- Organización Panamericana de la Salud. Programa de Desarrollo de Recursos Humanos. Educación permanente de personal de salud en la Región de las Américas: Fascículo X: Propuestas de trabajo en contextos específicos. Washington, D.C., (OPS. Serie Desarrollo de Recursos Humanos), 1995.
- Ortiz, Z. “La Seguridad del Paciente como Centro de Atención”, CIE. Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires, Argentina, 2005.
- Pallares Eduardo, Tratado de las Acciones Civiles, Sexta edición corregida y aumentada; Ed. Porrúa, S.A., México, 1991.
- Pérez de Leal, Rosana, *Responsabilidad Civil del Médico*, Ed., Universidad, 1995, pp. 34-35.
- Pérez Cuevas, Las vías clínicas en el contexto del Instituto Mexicano del Seguro Social, México, IMSS, 2001, pp. 1-4.
- Phelps EP. The methodology foundations of studies of the appropriateness of medical care, in: quality of care selections, The New England Journal of Medicine, USA, published by Massachusetts Medical Society, 1997, pp. 4-8.
- *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford University Press, 3ª ed., 1989.
- Quiroz Cuarón Alfonso, Medicina Forense, México, Ed. Porrúa, 1977, p.172.
- Real Academia de la Lengua, Diccionario de la Lengua Española, España, 1981.
- Rev. Cienc. Adm. Finac. Soc. V. 6 n.1. San José 1998.

- Sada Fernández. *Ética General y Aplicada*; editorial MiNos, S.A. de C.V. México, 2001.
- Salvat, Raymundo, *Responsabilidad Civil de los Médicos*. Ed. La Ley, Buenos Aires, Argentina, 1995, p. 257.
- Secretaría de Salud, Sistema de Cuentas Nacionales y Estatales de Salud, México, S.S., 2004.
- Secretaría de Salud, *El Programa de Modernización de la Regulación Sanitaria*, SSA, México, D.F., 1994 pp. 7-9.
- SSA, *La Formación Capacitación y Desarrollo de Recursos Humanos*, México, Secretaría de Salud, 1994, p. 135.
- Secretaría de Salud, *Programa de Acción: Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud*, Primera Ed., México, 2002, pp. 19-27.
- Starck Boris, *Droit Civil –Obligations- Le Contrat*, 3ª ed., Roland, henri, Litec, París, No. 971, 1989.
- Serrate Paz, *Arbitraje y Conciliación desde la óptica de un proyecto de reforma a la nueva ley de arbitraje en Bolivia, “I Congreso Nacional y Regional sobre Arbitraje y Mediación”*, 2003.
- Soproviero Juan H., *Mala Praxis, Protección Jurídica del Médico*. Segunda edición actualizada; editorial Abeledo-Perrot, Argentina.
- Soberón Guillermo, *El Sistema Nacional de Salud*, México, *Revista de Administración Pública, Administración del Sector Salud 69/70*, enero-junio 1987, Instituto Nacional de Administración Pública, p. 17.
- Tena Tamayo, C., Hernández Orozco, F., *La Comunicación Humana en la Relación Médico Paciente*, 2a Ed., México: Prado, 2007, pp. 370-380.
- Tena Tamayo (coord.) *Medicina Asertiva, acto médico y derecho sanitario*, México, Alfíl-CONAMED, 2006, p. 211.
- The Agency for Healthcare Research and Quality, *U.S. Department of Health and Human Services Public Health Service, AHRQ, No. 00-P039, 2000*.
- Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal, *Informe de Labores*, México 2003.
- Tribunal Superior de Justicia del D.F., *II Congreso Nacional de Mediación*, México, Instituto de Investigaciones Jurídicas UNAM, 2003.

- Torres Solís, et al, *Las primeras tesis de posgrado en Administración en la historia del estado de Chiapas. Una aproximación metodológica*, UNACH, México, 1999.
- Torres Solís. Guión Metodológico para la Presentación de Propuestas de Investigación. UNACH, 1999.
- Urbirn Carpintero, Gonzalo, *El Arbitraje en México*, Ed. Oxford, University Press, primera edición, p. 6.
- Vázquez Ferreyra Roberto, *Derecho Médico y Mala Praxis*, editorial Juris, Argentina, 2000.
- Vázquez, Rodolfo. *Bioética y Derecho*, 1ª Ed. México, D.F., ITAM, 1999, pp. 64-65.
- Vera, Marcos, “El Método No Adversarial a través del Tribunal Americano de Mediación, Conciliación y Arbitraje Médico y de Salud (TACAMES)”. II Simposio Iberoamericano de Derecho Médico, TACAMES, Colombia, 2001.
- Yungano, *Responsabilidad Profesional de los Médicos*, Argentina, segunda edición, Ed. Universidad, Buenos Aires, 1992.
- Zavala de González, Matilde, *Resarcimiento de daños*. Editorial Hammurabi, Madrid, España, 2002, p. 33.
- Zeithaml, Parasuraman y Berry, *Calidad Total en la Gestión de Servicios. Modelo “SERVQUAL”*; editorial Ediciones Díaz de Santos, S.A. Madrid, España 1993.
- Weingart SN, Wilsn RM, Gibberd Rw, Harrison B: *Epidemiology of medical error*. BMJ 2000;320:774-7.

### **Ordenamientos Jurídicos Consultados.**

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- Exposición de Motivos del Proyecto de Decreto que adiciona el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, publicado en el Diario Oficial de la Federación, diciembre 28, 1982, año I.T.I. núm. 58, p. 90
- Ley General de Salud.
- Ley Federal del Trabajo.
- Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos, última reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación el 13 de junio de 2003.

- Ley Federal sobre Metrología y Normalización, Diario Oficial de la Federación, última reforma 19 de mayo de 1999.
- Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.
- Ley Reglamentaria del Artículo 5° Constitucional, relativo al Ejercicio de las Profesiones en el Distrito Federal.
- Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
- Ley de los Institutos Nacionales de Salud.
- Código Civil Federal.
- Código de Procedimientos Civiles para el Distrito Federal.
- Código Penal para el Distrito Federal.
- Código de Procedimientos Penales
- Decreto mediante el cual se crea la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 3 de junio de 1996, México, D.F.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos.
- Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General, publicado en el *Diario Oficial* de la Federación, el 30 de octubre de 2001.
- Reglamento de Procedimientos para la Atención de Quejas Médicas y Gestión Pericial de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, última reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación el 25 de julio de 2006.
- Reforma al artículo 37 de la Ley Orgánica de la Administración, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 10 de abril de 2003.
- Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del expediente clínico, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 30 de septiembre de 1999.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-003-SSA2-1993, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.
- Acuerdo por el que se crea la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación, 19 de octubre de 1983.

- Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de Operación específicas e indicadores de gestión y evaluación del programa Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, publicado en el Diario oficial de la Federación, 2 de mayo de 2006.
- Acuerdo No. 22 que establece las Normas y Criterios para la Racionalización de la Actividad Jurídica y de los Procedimientos Administrativos de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, publicado en el Diario Oficial de la Federación, México, 1984.
- Novena época, Tribunales Colegiados de Circuito, *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, tomo X*, agosto 1999, tesis: IV, 1º. A. T. 16 A, página 799, materia administrativa, tesis aislada.
- Novena época, Segunda Sala, *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta IX*, enero 1999, tesis: 2a. V/99, página 116, materias: constitucional, administrativa, tesis aislada.
- Novena época, Instancia: Primer Tribunal Colegiado en Materia Civil del Primer Circuito, Tribunales Colegiados de Circuito, Fuente: *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, Parte: II, Noviembre de 1995, Tesis: I.1º.C.11 C, p. 594.

**ANEXO**



15.- Se integró expediente clínico conforme a la NOM-168-SSA1:

Completo: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ : Incompleto.  
5                    4                    3                    2                    1

16.- Se integró diagnóstico:

Completo: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ : Incompleto.  
5                    4                    3                    2                    1

17.- El personal médico indicó los estudios de laboratorio:

Completo: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ : Incompletos.  
5                    4                    3                    2                    1

18.- Se indicaron los estudios de gabinete que se requerían:

Completos: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ : Incompletos.  
5                    4                    3                    2                    1

19.- Se realizó el tratamiento con apego a la *lex artis* médica:

Completo: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ : Incompleto.  
5                    4                    3                    2                    1

20.- La evolución del paciente con el tratamiento fue:

Satisfactoria: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ : Insatisfactoria.  
5                    4                    3                    2                    1

21.- Se presentaron complicaciones derivadas del tratamiento:

Ninguna: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ : Graves.  
5                    4                    3                    2                    1

22.- El tratamiento de las complicaciones fue:

Oportuno: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ : Inoportuno.  
5                    4                    3                    2                    1

23.- La detección de las complicaciones fue:

Oportuna: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ : Inoportuna.  
5                    4                    3                    2                    1

24.- Se derivó al paciente a otro servicio debido a su estado de salud de manera:

Oportuna: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ : Inoportuna.  
5                    4                    3                    2                    1

25.- Que efectos adversos ocurrieron en el paciente:

Ninguno: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ : Muerte.  
5                    4                    3                    2                    1

26.- Edad

- 1 ( ) Menor de 1 año
- 2 ( ) 1-4
- 3 ( ) 5-14
- 4 ( ) 15-24
- 5 ( ) 25-44
- 6 ( ) 45-64
- 7 ( ) 65 y más

27.- Sexo

- 1 ( ) Hombre
- 2 ( ) Mujer

28.- Tipo de establecimiento donde se brindó la atención:

- 1 ( ) Servicios Públicos
- 2 ( ) Servicios Sociales
- 3 ( ) Servicios Privados

29.- Nivel de atención

- 1 ( ) Primero
- 2 ( ) Segundo
- 3 ( ) Tercero

30.- Entidad federativa donde se proporcionó la atención:

- 1 ( ) Código de la entidad

31.- Tipo de atención proporcionada:

- 1 ( ) Médica
- 2 ( ) Quirúrgica
- 3 ( ) Odontológica
- 4 ( ) Otra: \_\_\_\_\_

32.- Servicios en los que proporcionó la atención:

33.- Servicios en los que proporcionó la atención:

- 1 ( ) Urgencias
- 2 ( ) Consulta Externa
- 3 ( ) Hospitalización
- 4 ( ) Cirugía (quirófano)
- 5 ( ) Terapia intensiva
- 6 ( ) Consultorio Médico
- 7 ( ) Consultorio Dental
- 8 ( ) Otro: \_\_\_\_\_

34.- Especialidad involucrada:

35.- Especialidad involucrada:

36.- Especialidad involucrada:

- 1 ( ) Anestesiología
- 2 ( ) Angiología, Cirugía cardiovascular
- 3 ( ) Cardiología
- 4 ( ) Cirugía de tórax
- 5 ( ) Cirugía General
- 6 ( ) Cirugía máxilo-facial
- 7 ( ) Cirugía Pediátrica
- 8 ( ) Cirugía Plástica-Estética
- 9 ( ) Dermatología
- 10 ( ) Endocrinología
- 11 ( ) Gastrocirugía
- 12 ( ) Gastroenterología
- 13 ( ) Gineco-Obstetricia
- 14 ( ) Gineco-Obstetricia quirúrgica
- 15 ( ) Hematología
- 16 ( ) Medicina Crítica
- 17 ( ) Medicina Interna
- 18 ( ) Neumología
- 19 ( ) Neurocirugía
- 20 ( ) Neurología
- 21 ( ) Odontología general
- 22 ( ) Oncología
- 23 ( ) Oncología quirúrgica
- 24 ( ) Ortopedia y Traumatología
- 25 ( ) Ortopedia y Traumatología qu
- 26 ( ) Otorrinolaringología
- 27 ( ) Otorrinolaringología quirúrgica
- 28 ( ) Pediatría
- 29 ( ) Reumatología
- 30 ( ) Urología
- 31 ( ) Urología quirúrgica
- 32 ( ) Otra: \_\_\_\_\_